

Contribution à l'Etude
DE LA
Tuberculose Primitive
de l'Utérus

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le Lundi 27 Juillet 1914

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

EUGÈNE ASTRIÉ

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

né le 3 Septembre 1890, à Ax-les-Thermes (Ariège).



IMPRIMERIE DUCROS & LOMBARD

Rue Pasteur, VALENCE

—
1914

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
TUBERCULOSE PRIMITIVE DE L'UTÉRUS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1913-1914. — N° 148

Contribution à l'Etude

DE LA

Tuberculose Primitive de l'Utérus

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le Lundi 27 Juillet 1914

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

EUGÈNE ASTRIÉ

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

né le 3 Septembre 1890, à Ax-les-Thermes (Ariège).



IMPRIMERIE DUCROS & LOMBARD

Rue Pasteur, VALENCE

—
1914

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ. DOYEN
J. COURMONT ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE,
LÉPINE, PIERRET, BEAUVISAGE, LACASSAGNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{	MM. TEISSIER.
Cliniques chirurgicales		ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements.		BARD.
Clinique ophtalmologique.		BÉRARD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		TIXIER.
Clinique des maladies mentales		FABRE.
Clinique des maladies des enfants.		ROLLET.
Clinique des maladies des femmes		NICOLAS.
Physique médicale		LÉPINE (J).
Chimie médicale et pharmaceutique		WEILL.
Chimie organique et toxicologie		POLLOSSON (A).
Matière médicale et Botanique.		CLUZET.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		HUGOUNENQ.
Anatomie		MOREL.
Anatomie générale et Histologie		MOREAU.
Physiologie		GUIART.
Pathologie interne		TESTUT.
Pathologie et Thérapeutiques générales.		RENAUT.
Anatomie pathologique		MORAT.
Médecine opératoire		COLLET.
Médecine expérimentale et comparée		LESIEUR.
Médecine légale		PAVIOT.
Hygiène.		POLLOSSON (M.).
Thérapeutique		COURMONT (P.)
Pharmacologie		EL. MARTIN.
		COURMONT (J.).
		PIC.
		FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire	MM. DOYON.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS.
Pathologie externe	VALLAS.
Maladies des voies urinaires	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale.	MM. BARRAL,	agrégé
Propédeutique chirurgicale	BÉRARD,	—
Propédeutique de gynécologie.	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile.	NOVÉ-JOSSERAND,	—
Accouchements.	COMMANDEUR,	—
Embryologie	LATARJET,	—
Anatomie topographique.	PATEL,	—
Botanique	BRETIN,	—
Chirurgie expérimentale	VILLARD	—
Clinique infantile	MOURIQUAND,	—
Déontologie et médecine professionnelle	X.	—

AGRÉGÉS

MM. BARRAL COMMANDEUR NEVEU-LEMAIRE LAROYENNE VORON NOGIER	MM. LATARJET BRETIN LERICHE THEVENOT Léon TAVERNIER. CADE.	MM. MOURIQUAND. ARLOING (F.). GUILLEMAR POLICARD GARIN SAVY	MM. FROMENT THEVENOT (Lucien) PIERY COTTE DUROUX
--	--	---	---

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM PAVIOT, président; VILLARD, assesseur; LAROYENNE et COTTE, agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MA MERE

A MON PERE

A MA TANTE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PAVIOT

Professeur d'Anatomie Pathologique

Médecin des Hôpitaux

Il nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de la thèse
qu'il nous a inspirée. Nous le prions
de vouloir bien agréer, avec nos
plus sincères remerciements, l'hom-
mage de notre profond respect.

A MES MAITRES

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE TOULOUSE

A MES MAITRES

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON

A MES MAITRES

DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

MEIS ET AMICIS

CHAPITRE PREMIER

INTRODUCTION

Si l'existence de la tuberculose secondaire de l'utérus est admise à l'heure actuelle par tous les auteurs, il n'en est pas de même de la localisation primitive à cet organe du processus tuberculeux qui reste encore très contestée.

Bollinger, Schmorl, Ribbert, Allretch déclarent n'en avoir jamais rencontré, Jonas, Kronig (Congrès de Munich 1911) arrivent jusqu'à la nier.

Il nous a paru intéressant de présenter une observation de tuberculose primitivement localisée à l'utérus, (observation n° 7) recueillie dans le service de Monsieur le professeur Paviot et nous en avons fait le sujet de notre thèse.

Certes, on pourra toujours objecter que tel cas qui s'est présenté cliniquement comme une manifestation uniquement utérine de l'infection bacillaire n'est pas forcément une tuberculose primitive; en-

core faudrait-il que l'examen méticuleux de tous les viscères, de tous les groupes ganglionnaires, ne puisse révéler l'indice d'une localisation antérieure du bacille de Koch.

Mais, s'il est vrai que l'on doive recueillir avec réserve les constatations cliniques, toujours sujettes à discussion; s'il est vrai que l'on ne puisse affirmer que telle lésion découverte au cours d'une intervention opératoire est la manifestation unique de l'infection bacillaire, il n'en reste pas moins établi que l'on devra considérer comme tuberculose réellement primitive, les cas où une autopsie méticuleuse aura montré, à l'exclusion de toute autre manifestation une localisation utérine de la tuberculose.

On doit également considérer comme tuberculose primitive, les cas où l'autopsie montre en même temps qu'une atteinte bacillaire assez avancée de l'utérus, des traces de bacillose récente portant sur d'autres organes.

Enfin, dans un troisième ordre de faits, en scrutant le passé de certains malades atteints de tuberculose utérine on trouve, souvent plus ou moins oubliées parce que déjà anciennes, les traces d'une manifestation tuberculeuse portant sur un sommet, une articulation, un groupe ganglionnaire. A l'autopsie de ces malades, les atteintes anciennes guéries, l'absence de foyers tuberculeux en activité autres que le foyer utérin, feront conclure à une manifestation génitale de la bacillémie. Dans ces cas la localisation utérine pouvant cliniquement sembler

primitive est en réalité secondaire à un foyer antérieur actuellement éteint.

Nous pouvons donc dire avec Amman (rapport au Congrès de Rome 1902) « pour se prononcer sur le cas de savoir si une tuberculose génitale est secondaire ou primitive, il ne faut prendre en considération que les cas contrôlés à l'autopsie et parmi les autopsies, celles où l'attention a été particulièrement dirigée vers la recherche du foyer primitif, car cette recherche présente des difficultés, très souvent même sur le cadavre. »

CHAPITRE II

Etiologie et Pathogénie

La tuberculose primitive de l'utérus semble être rare puisque :

Mosler admet 8 cas de primitive sur 46 cas

Hiss admet un cas de primitive sur 70 cas

Reclus admet 1 cas de primitive sur 50 cas.

Nous la croyons toutefois beaucoup plus fréquente, sa rareté ne serait qu'apparente et tiendrait surtout à la discrétion du complexe symptomatologique qui l'accompagne. M. le professeur Pozzi a attiré l'attention sur un point des plus curieux d'après lui de la tuberculose primitive des organes génitaux dans les deux sexes « c'est qu'elle peut rester longue temps, ou même indéfiniment latente et méconnue, par suite de son exacte séquestration due aux fausses membranes et à l'inspissation du pus ».

Dans un certain nombre d'observations que nous présentons on comprend que les phénomènes de

métrite banale présentés par les malades aient pu passer presque inaperçus étant donnée leur coexistence avec les symptômes violents d'une éruption miliaire aiguë dans les méninges.

La tuberculose primitive de l'utérus pourra s'observer à tous les âges, mais c'est durant la période d'activité génitale que nous observerons surtout cette localisation.

Voies d'accès

Le bacille tuberculeux ne peut déterminer une affection primitive dans l'utérus que par deux voies :

1° la voie ascendante ;

2° la voie descendante comprenant les circulations sanguine et lymphatique. La voie descendante par la muqueuse tubaire est toujours précédée d'une localisation péritonéale, ovarienne ou salpingienne.

1° Voie ascendante

L'infection directe de l'utérus par cette voie a eu dans ces derniers temps des détracteurs systématiques. Acceptée à la suite des travaux de Verneuil et de son école, avec un grand enthousiasme, elle a actuellement beaucoup moins de défenseurs. De l'ensemble des travaux faits sur cette question il

semble résulter que si ce mode d'infection constitue assurément l'exception, il n'en existe pas moins en réalité. A côté de faits expérimentaux nombreux, il est des cas cliniques où l'infection par voie ascendante n'est pas douteuse, nous donnons quelques observations qui nous ont semblé absolument probantes à cet égard.

Le bacille de Koch serait, dans les cas qui nous occupent, amené le long du tractus vulvo-vaginal. Nous trouvons dans la littérature médicale des exemples d'infections par cette voie : cas de Schenk (1896) enfant de 4 ans, ulcère tuberculeux sur le vestibule du vagin, cas de Prussen (1899) tuberculose utéro tubaire chez un enfant de 10 mois, d'après l'auteur, l'infection aurait été transmise par les habits ou le lavage, Walz qui rapporte ce cas ajoute que pour lui il s'agit d'une tuberculose congénitale. En 1905, Merckel rapporte une observation d'ulcération tuberculeuse du vagin avec tuberculose de l'utérus. Nous publions plus loin une observation d'Hegar rapportée par Derville dans laquelle il y aurait lieu de soupçonner comme agent de transmission les mains du médecin se livrant à des manœuvres obstétricales.

Aucun de ces cas n'est absolument sûr.

Jacob n'admet pas la propagation ascendante chez les vierges. Cette opinion paraît excessive et revient à dire que la contamination ne pourrait se faire que par le coït ou que le bacille ne pourrait franchir un hymen intact.

Le problème se précise davantage lorsque nous

voyons la tuberculose utérine survenir après des rapports sexuels.

Deux cas sont à distinguer :

1° Le conjoint est atteint de tuberculose génitale. Ici aucun doute n'est permis sur la possibilité de la contagion directe. Les travaux de Babès, Debove, Cornil permettent d'affirmer la présence de bacilles de Koch dans le sperme d'individus atteints de tuberculose génitale.

2° Le conjoint est atteint de tuberculose pulmonaire ou de toute autre manifestation extra-génitale.

Le sperme d'un homme tuberculeux, mais sans tuberculose des organes génitaux peut-il renfermer du bacille de Koch?

Conheim, en 1882, étudie cette question. Verneuil, en 1883, pense « que la tuberculose génitale primitive naît peut-être seulement à la suite du coït, « par contagion directe, c'est-à-dire par la progression du bacille tuberculeux à travers les voies génitales jusqu'à un point de l'appareil où il trouve « les conditions locales favorables à son installation « et à son développement ».

Verchère, élève de Verneuil arrive aux mêmes conclusions que son maître. Fernet, en 1885, après avoir systématiquement pratiqué l'examen de tous les tuberculeux passés à son service dans l'espace d'un an partage la même opinion.

En 1893, Aubeau signale la présence du bacille de Koch dans le sperme d'un tuberculeux non atteint de tuberculose génitale, mais bien plus, ce

fait constitua à l'origine le seul indice d'une tuberculose pulmonaire qui évolua par la suite.

De nombreuses expériences vinrent contrôler ces faits cliniques.

Prélevant la pulpe du testicule, sain en apparence, d'un cobaye atteint de tuberculose généralisée, Landouzy et Martin reproduisent par inoculation péritonéale une tuberculose chez un deuxième cobaye. De nombreuses objections furent faites à cette expérience : les auteurs, en effet, inoculaient avec le contenu des vaisseaux séminifères, les vaisseaux sanguins et lymphatiques du morceau de testicule prélevé, ceux-ci pouvaient être bacillifères, le cobaye étant atteint de tuberculose généralisée. Deux séries d'expériences reprises exclusivement avec le sperme contenu dans les vésicules séminales donnèrent des résultats positifs.

Sirena et Pernice confirment les expériences de Martin. Ils réussissent à tuberculiser des chiens par inoculation intra péritonéale de liquide spermatique provenant des vésicules séminales d'un homme mort phtisique mais dont les testicules paraissaient sains. Jaeck fait des expériences analogues sur le lapin.

Toutes ces recherches avaient bien montré la possibilité d'une pénétration intra vaginale du bacille de Koch, mais les auteurs n'avaient pas cherché à déterminer expérimentalement les lésions que ce bacille était susceptible de produire dans le tractus génital supérieur.

Il semble que ce soient Cornil et Dobroklonsky

qui constatèrent pour la première fois la présence de follicules tuberculeux utérins à la suite d'une injection intra vaginale de culture de bacille de Koch. Ils réalisèrent expérimentalement une tuberculose primitive de l'utérus par voie ascendante. Dans cette expérience les auteurs avaient pris grand soin de ne pas léser la muqueuse.

Guzzoni degli Oncarani reprenant ces expériences arrive à des résultats négatifs, mais après avoir au préalable produit une irritation de la muqueuse vaginale par la teinture d'iode il réussit à provoquer une tuberculose généralisée.

Spano pense qu'il est possible de ne pas trouver malgré des examens répétés le bacille de Koch dans les organes génitaux sains d'individus morts phthisiques. Mais de ce que ces examens ont été négatifs on ne peut en conclure que le sperme n'en contienne pas. Deux autres faits résultent des expériences de Spano.

1° La réceptivité des organes génitaux féminins pour le virus tuberculeux. « En effet, sur 3 cobayes
« inoculés en même temps dans le péritoine et dans
« les voies génitales on observe chez 2 d'entre eux
« le développement de tuberculose génitale et c'est
« avec raison que Williams affirme que la tuberculose primitive des organes génitaux féminins est
« beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit généralement. »

2° La possibilité d'une infection générale sans aucune localisation au point où l'infection a été faite.

Williams et Mueller purent mettre en évidence le

bacille tuberculeux sur des trompes saines de femelles tuberculeuses. Haatish a vu un taureau franchement tuberculeux contaminer 60 vaches jusque là parfaitement saines.

Derville dans sa thèse ne semble pas admettre la pénétration du bacille dans le sang et sa localisation ultérieure sur les organes génitaux. En tous cas d'après lui ce serait par voie ascendante, contamination génitale le plus souvent, que se produirait l'infection.

Mais pour que cette infection soit possible, un traumatisme préalable est nécessaire, c'est ce qu'il résulte des expériences de Popoff et de Mlle Gorovitz. Il est impossible sans lésion de la muqueuse d'infecter les voies génitales. En traumatisant la muqueuse on obtient des lésions qui restent le plus souvent localisées à l'appareil génital et aux ganglions correspondants.

Ces expériences expliquent le rôle important joué par la plaie placentaire dans l'inoculation bacillaire.

En 1907, Jung et Beunecke ont obtenu expérimentalement quelques cas de tuberculose ascendante et ils expliquent la pénétration du bacille contre le courant sécréteur par les mouvements anti péristaltiques de l'utérus analogues à ceux observés chez les gros mammifères par Khorer et Kourdikowsky.

Jung base son opinion sur l'expérience suivante : des grains de carmin inclus dans du beurre de cacao introduit dans le vagin, se retrouvent dans les cornes utérines, or, conclut Jung, si des corpuscules sans capacité motrice propre peuvent remonter dans l'utérus malgré le courant contraire que suivent les

sécrétions de cet organe, il est possible aux bacilles tuberculeux de le faire aussi. Certes, les expériences de Jungont été discutées, Baugmarten et Sugimara en particulier se refusent à admettre la voie ascendante. Dans ces cas, disent-ils, les grains de carmin sont arrivés dans les cornes utérines en suivant la voie lymphatique. Du reste, ajoute Sugimara, l'ascension spontanée décrite par Jung se produit par l'aspiration qui est la conséquence de contractions antipéristaltiques. Celles-ci seraient provoquées par l'irritation que produit l'introduction de ces corps étrangers dans le vagin. En outre on ne peut comparer selon Sugimara les grains de carmin aux bacilles tuberculeux, les premiers étant d'un poids spécifique bien moindre que les seconds. Les autres expériences de Jung, où il a introduit le virus tuberculeux dans une corne utérine et où il a pu constater sa propagation dans l'autre corne sont aussi fortement discutées par Sugimara. Les lésions secondaires dans l'autre corne n'apparaîtraient, d'après ce dernier, que longtemps après l'inoculation et n'auraient pu se faire que par voie lymphatique ou sanguine.

Malgré ces discussions il nous semble, et nous partageons en cela l'opinion de Maüler, que les dernières recherches de Jung et de Benecke semblent bien établir la possibilité de l'ascension du bacille de Koch du vagin dans l'utérus, en dépit des affirmations de Baugmarten qui nie absolument la chose.

Jonas dans sa thèse (Heidelberg 1909) tout en ne niant pas la possibilité de la contamination par le coït pense que ces faits sont plutôt rares.

Nous avons retrouvé dans la littérature médicale des cas où les troubles utérins remontent aux premiers rapports sexuels avec des individus présentant des lésions de tuberculose génitale et il nous semble que tout au moins dans ces cas la contamination par voie ascendante est indiscutable. (Obs. I-II-VI).

OBSERVATION I

(Derville)

Tuberculose génitale sans autres manifestations

Ch... Louise, 19 ans, couturière, entre le 25 août 1887, à l'hôpital Laennec. Jeune femme d'apparence forte, vigoureuse, de haute taille, a déjà eu à souffrir de beaucoup de privations.

Parents bien portants.

Il y a trois ans, pneumonie gauche suivie d'épanchement nécessitant un séjour de 2 mois à l'hôpital. Achève de se rétablir. Depuis cette époque la malade n'est pas restée sujette aux bronchites.

L'année suivante, 1885, quelques douleurs dans le côté droit. Elle revient à la consultation de l'hôpital Laennec. On ordonne du sirop de fer et du quinquina.

Réglée à 15 ans, elle a toujours eu ses règles régulièrement. Depuis 1 an et demie elle a de la leucorrhée, mais l'écoulement est surtout abondant depuis 3 mois. Il y a 3 mois, elle avorta au 2^e mois de sa grossesse. Cet accident est survenu sans aucune cause, la malade n'avait

fait aucun voyage, aucune chute, et a affirmé ne s'être livrée à aucune manœuvre dans un but coupable. Elle ne prit à ce moment aucun soin de sa santé et continua à travailler comme auparavant.

Depuis cette époque elle a eu fréquemment des douleurs dans le ventre. Amaigrissement. Pas de toux, ni d'expectoration. Légère douleur dans le côté droit de la poitrine à la base. L'auscultation ne permet de découvrir aucun signe morbide. La respiration est pure.

3 septembre. Examen des organes génitaux. Col volumineux un peu irrégulier à la surface. Par le palper bimanuel on constate que le corps de l'utérus est augmenté de volume et dépasse le pubis de plus d'un travers de doigt. Au spéculum le col est rouge, violacé, volumineux ; le museau de tanche entr'ouvert laisse voir une surface rouge un peu irrégulière. Par l'orifice du col on voit s'écouler un liquide muco-purulent qu'on recueille avec les pinces de Museux et qu'on étale sur lamelles.

4 septembre. Examen des lamelles par la méthode d'Erlich, on trouve 5 à 6 bacilles tuberculeux.

En présence de ces résultats on interroge la malade sur les rapports sexuels qu'elle peut avoir. Elle confie que depuis 6 mois elle vit maritalement avec un jeune homme d'excellente santé et qu'elle n'a pas eu de rapport avec un autre homme.

L'examen de cet homme montre qu'il n'a jamais eu d'affection thoracique ; respiration normale.

L'examen des organes génitaux montre deux noyaux indurés dans l'épididyme droit, l'un de ces noyaux a le volume d'une noisette. Interrogé sur le début de ces

indurations le malade répond qu'il ne les avait jamais constatées et qu'elles ne le faisaient pas souffrir.

Badigeonnage du col. Tampon au tannin. Injection avec liqueur de Van Swieten dédoublée.

Au bout de quelques jours la malade quitte le service malgré l'avis des médecins. On trouve dans cette observation plusieurs points intéressants. Troubles menstruels, leucorrhée survenant après avortement, constatation de bacilles de Koch.

L'homme avec qui cette malade avait des rapports sexuels était manifestement atteint de tuberculose génitale. Dès lors il est certain que la métrite tuberculeuse était la suite d'une contagion par le coït. Il ne semble pas possible de rattacher à la tuberculose les accidents thoraciques qu'elle a présentés quelques années auparavant.

On ne peut songer ici qu'à une tuberculose primitive de l'utérus. En ce qui concerne l'avortement il semble que la tuberculose des organes génitaux fut antérieure à cette complication, les troubles menstruels et la leucorrhée existaient en effet auparavant.

OBSERVATION II

(*M. Bouffe in Derville*)

M... Joséphine, 35 ans, entre à l'hôpital Saint-Antoine, le 3 mai 1887. Père mort d'accident, mère morte de tuberculose (?). Deux frères en excellente santé. Deux

sœurs mortes, l'une de péritonite consécutive à un accouchement, l'autre de tuberculose.

Pas de maladies antérieures, sauf une rougeole dans l'enfance. Réglée pour la première fois à l'âge de 16 ans, elle le fut régulièrement jusqu'à l'âge de 33 ans. 3 enfants bien portants. Pas de fausse couche.

Il y a 18 mois, après des fatigues la malade ressent des douleurs dans le bas-ventre et les reins. En même temps ces douleurs étaient accompagnées d'un écoulement excessivement abondant, de mucosités épaissies et mélangées de pus. Aucun autre signe morbide si ce n'est que les règles deviennent un peu irrégulières. En décembre 1886, on diagnostique métrite ulcéreuse du col et on conseille le traitement suivant : tannin, injections astringeantes, mèches trempées dans un glycérolé de tannin et introduites dans le col.

Fond de l'ulcération, vif, bourgeonnant, laissant suinter un pus verdâtre. Bords de l'ulcération, à pic, grisâtres.

La malade ne présente rien à l'auscultation. N'a jamais toussé et s'enrhume difficilement bien que son aspect soit un peu malingre.

Le pus recueilli sur l'ulcération donne une quantité considérable de bacilles extrêmement nets.

Cet examen fait changer le traitement. On badigeonne à la teinture d'iode. Petit à petit la perte de substance diminue et la quantité de pus également. Un examen pratiqué alors ne révèle plus de bacille dans la mucosité utérine. Pendant tout ce temps la malade jouit d'une santé assez bonne, se fatiguant assez rapidement, mais ne toussant pas ou très peu.

Le 15 avril, elle se représente, disant que depuis 10 jours elle a une bronchite qui l'a tenue au lit avec fièvre, depuis lors elle a perdu toutes forces et tout appétit.

A la percussion, matité complète au sommet gauche en avant et en arrière.

A l'auscultation on entend des craquements humides en avant et en arrière.

La malade tousse beaucoup surtout la nuit et son expectoration est muco-purulente. En même temps l'aspect général s'est modifié et actuellement il est presque cachectique. L'ulcération du col va bien. La malade rentre à l'hôpital. Rien dans les plèvres, rien dans le péritoine.

Le 25 avril, l'état s'est notablement amélioré. La malade demande à quitter l'hôpital, ce qu'elle fait le 10 mai, présentant toujours les mêmes signes stéthoscopiques, mais ayant un état général bien meilleur.

L'examen bacillaire des crachats laisse voir de nombreux bacilles, de même que le pus de l'ulcération du col qui est de nouveau examiné. Mais cette fois ils sont bien moins nombreux que lors du premier examen.

L'auteur a cherché à se rendre compte de l'état des organes génitaux du mari de cette femme. Individu vigoureux. Ni syphilis, ni blennorrhagie. Poumons sains, mais l'épididyme gauche présente près de sa queue deux noyaux durs, du volume d'un pois, tout à fait isolés et très nets. Le malade dit ne s'en être jamais aperçu.

M. Bouffre termine par les réflexions qui suivent :

« En résumé le mari épouse une femme saine, il a avant
« et depuis son mariage un écoulement urétral de nature

« tuberculeuse très probablement. Ce n'est qu'après 6 ans
« de mariage qu'une ulcération se forme sur le col uté-
« rin de la femme et seulement un an et quelques mois
« après l'apparition de cette ulcération cervicale qu'on
« aperçoit chez elle des signes pulmonaires qui prennent
un développement très rapide. »

2° Voie sanguine

Les bacilles peuvent pénétrer dans la circulation lymphatique et sanguine à différents niveaux : par inoculation cutanée ; par les poumons, les bacilles pouvant traverser les voies respiratoires sans y créer de tubercules ; par l'intestin (Behring et Calmette).

Il se peut qu'après être entrés dans la circulation les bacilles restent inoffensifs plus ou moins de temps et que, à la faveur de certaines circonstances mettant l'utérus en état de moindre résistance, ils déterminent en cet endroit des foyers de tuberculose primitive.

Il faut mentionner ici la conception de Simmonds (1910), sur l'apparition de la tuberculose par suite d'éliminations : Les bacilles de Koch apportés par le sang sont, d'après lui, éliminés par les muqueuses tubaires et utérines et provoquent en ces points une desquamation épithéliale avec un simple catarrhe ; quelques temps après la lésion gagne la profondeur en y produisant des lésions typiques.

La pénétration par voie artérielle pourra se faire

par la voie des artères utérines, ovariennes, et par l'artère du ligament rond. Le col utérin est relativement peu vascularisé, à ce niveau « les deux branches artérielles sont écartées l'une de l'autre, de telle sorte qu'une déchirure latérale peut se produire sans hémorragie, les artères restent primitivement superficielles, semblant se donner la main d'un côté à l'autre ». En un mot « le col est entouré par ses vaisseaux, le corps en est pénétré. » (Farabœuf).

Ce moindre degré de vascularisation du col, doit, nous semble-t-il, diminuer les chances d'apport du bacille par voie sanguine. Peut-être faut-il voir là un des facteurs expliquant la rareté relative de la tuberculose du col par rapport à celle du corps.

La contamination par voie veineuse est d'autant plus possible qu'il existe des communications unissant le tractus veineux génital à la circulation rectale et à la circulation porte par l'intermédiaire des veines retziennes.

Voie lymphatique

Hegar a signalé la pénétration du bacille par voie lymphatique à la faveur d'une plaie du vagin.

A ne considérer qu'un sujet normal il est peu probable qu'un bacille franchissant la barrière intestinale puisse arriver aux organes génitaux. Même en admettant la possibilité d'une circulation récurrente

les bacilles de Koch ne sauraient aller bien loin et seraient arrêtés par les nombreux ganglions interposés sur le trajet lymphatique.

Mais il est des sujets qui présentent des adhérences utéropelviennes composées comme le dit Poirier « d'un admirable réseau lymphatique » et dans ces cas il peut exister une continuité entre vaisseaux blancs utérins et rectaux sans interposition ganglionnaire.

Les lésions inflammatoires des organes génitaux internes aboutissent par un processus de guérison spontanée à la formation d'adhérences englobant le rectum, l'utérus et ses annexes. Ces fibroses périméto-rectales seraient dues le plus souvent à des affections génitales primitives presque toujours de nature puerpérale ou gonococcique. Les brides qui les constituent sont formées par des fibres conjonctives au milieu desquelles est compris un riche réseau de vaisseaux sanguins et lymphatiques. Ce tissu qui présente des analogies avec le tissu cicatriciel pénètre très souvent la musculature rectale et arrive quelquefois jusqu'à la muqueuse. Dans d'autres cas ce processus fibreux et vasculaire serait dû à des déviations utérines et en particulier à la rétrodéviations et à la rétroversion, les rétrodéviations adhérentes en effet très fréquentes.

Quelle que soit leur origine on conçoit l'importance de ces néoformations, créant une communication entre les plexus lymphatiques et sanguins de la portion terminale de l'intestin et les organes génitaux internes.

Il nous semble logique d'admettre que des bacilles de Koch pénétrant au niveau de la muqueuse intestinale puissent, à la faveur de ces brides fibro vasculaires, aller créer des lésions tuberculeuses dans l'utérus ; le fait nous paraît d'autant plus possible que la même réaction inflammatoire génitale qui aura déterminé la formation de ces adhérences, créera du côté de l'utérus une réceptivité plus grande à une infection secondaire, en l'espèce à l'infection tuberculeuse.

Les voies lymphatiques et sanguines sont d'ailleurs en connexion intime. Des expériences précises de Nocard et Leclainche montrent que les bacilles introduits dans les veines ne séjournent pas longtemps dans la grande circulation. On comprend alors pourquoi nombre de bacilles réfugiés dans le système lymphatique, car c'est lui qui est alors en jeu, puissent après pénétration dans la voie sanguine poursuivre lentement leur œuvre. C'est vraisemblablement de ce mode d'infection que relèvent un grand nombre de tuberculoses primitives, créant ce que le professeur Amann, de Munich, appelle « forme cryptogénique ».

Causes prédisposantes

Premières règles. Premiers rapports sexuels. — Divers auteurs ont incriminé sans preuves bien convaincantes les premières règles et les premiers rap-

ports sexuels qui agiraient en provoquant le surmenage des organes génitaux.

Etat prétuberculeux. — Second et Pozzi attribuent une grande influence à l'état prétuberculeux amenant la production des pertes blanches qui produisent des lésions glandulaires et parenchymateuses. Nous occupant exclusivement des localisations génitales primitives nous n'avons pas cru devoir nous attacher aux cas survenant chez ces « prétuberculeux », les manifestations bacillaires utérines, nous paraissant être, chez ces sujets, secondaires à une localisation tuberculeuse plus ou moins apparente.

Hypoplasie génitale. — En examinant les malades atteints de tuberculose utérine, il n'est pas rare de relever un certain degré d'hypoplasie des organes génitaux. Vogt, Hegar, soutiennent, sans d'ailleurs en apporter la preuve, que ces dystrophies congénitales seraient un point d'appel pour la tuberculose locale. Il semblerait que cet état d'atrésie utérine, s'accompagnant souvent de développement rudimentaire du vagin, d'adhérences des parois de ce canal, d'anomalies dans la rigidité de l'hymen, puisse favoriser l'apparition d'une tuberculose génitale. Bon nombre d'auteurs contemporains considèrent cet état hypoplasique, non comme une lésion véritable, mais comme des troubles génitaux dystrophiques d'essence inconnue.

M. le professeur Poncet a été amené à la suite de ses travaux à une conception tout autre de la patho-

génie de ces états qu'il rattache à la tuberculose inflammatoire. Les sujets atteints d'infantilisme génital ont, le plus souvent, des antécédents héréditaires fortement chargés : tuberculose, syphilis ou alcoolisme des parents. Eux-mêmes sont des débiles et présentent presque toujours des tares multiples : malformations thoraciques, diminution de la capacité respiratoire, etc, toutes causes créant un terrain très favorable à l'installation d'une tuberculose pulmonaire. Dès lors, il semble que cette hypoplasie utérine soit l'effet et non la cause de l'infection bacillaire. Comme le dit M. le professeur Poncet « la prédisposition des hypoplasées à la tuberculose » ne doit pas être rattachée à la chétivité de leur appareil génital, elle vient de ce qu'elles sont déjà tuberculeuses quelque part, l'hypoplasie est elle-même fonction de leur infection ». Ce sont les toxines issues d'un foyer primitif qui le plus souvent ont produit l'atrésie, c'est le plus souvent d'un foyer pulmonaire que partent les bacilles qui iront dans ce cas se localiser secondairement à l'utérus.

Aménorrhée. Troubles menstruels. Inflammations utérines antérieures. — L'aménorrhée et les troubles menstruels nous paraissent avoir une grande importance ; on trouve la tuberculose utérine en effet chez des femmes qui n'avaient jamais été réglées ou avaient eu une menstruation tardive. Les troubles menstruels traduisent une inflammation utérine souvent banale, mais qui préparera le terrain à l'infection tuberculeuse. Le rôle exact des règles

dans l'infection utérine reste encore très discuté. La menstruation serait d'après Sippel un énergique moyen de défense. Il s'établit à ce moment dans l'utérus un courant assez intense pour entraîner au dehors les produits tuberculeux, et ce flux menstruel agit non seulement de cette façon, mais encore en déterminant une chute épithéliale qui entraînerait mécaniquement toute formation tuberculeuse superficielle. L'aménorrhée agirait, non seulement en supprimant ces causes mais encore par l'atrophie climactérique qu'elle amènerait avec elle. D'autres auteurs pensent au contraire que la tuberculose trouve un terrain très favorable dans l'utérus à l'époque des règles, et Grafënger semble avoir prouvé que la menstruation stimulait précisément les affections inflammatoires des organes génitaux internes.

Dans deux observations de Vassmer, nous remarquons des troubles menstruels tout à fait opposés : aménorrhée dans le premier cas, pertes menstruelles augmentées dans le deuxième. Dans une observation de Walther nous remarquons une menstruation tardive et nous rapprochons, à ce point de vue, cette observation de celle de Weill qui sera rapportée plus loin.

Enfin, il nous a paru logique de placer ici une observation de Derville fort intéressante à plusieurs points de vue et où la contamination tuberculeuse aurait été préparée, semble-t-il, par une inflammation gonococcique. (Obs. VI).

OBSERVATION III

Vassmer. Arch. f. Gynack, 1898 (in Gorowitz)

Malade de vingt-un ans. Pas d'antécédents tuberculeux. N'a jamais été réglée. Entre à l'hôpital pour des douleurs lombaires avec une sensation de pesanteur dans le bas ventre. Rien d'anormal du côté des poumons. L'utérus est en antéflexion, à droite on sent une tumeur mobile reliée à l'utérus par un pédicule et donnant la sensation d'un fibrome. Laparotomie. Hystérectomie. Guérison.

L'examen de la pièce montre une surface cavitaire recouverte d'un enduit épais, brun foncé, mélangé à des petits grumeaux.

A la coupe histologique on constate que la muqueuse est transformée en une couche granuleuse dans laquelle on aperçoit quelques rares tubercules et de nombreuses cellules géantes. Couche musculaire hypertrophiée. Tubercules jusque sur la face péritonéale de l'utérus, dans lesquels on trouve du bacille de Koch.

OBSERVATION IV

(Vassmer in Gorowitz)

Femme de 39 ans. Mariée depuis 18 ans, Stérile. Pas d'antécédents tuberculeux. Bien réglée jusqu'en automne 1897; depuis, douleurs dans le bas ventre avec irradiations dans les membres inférieurs. Les pertes menstruelles

sont aussi augmentées, elles durent 10 jours, accompagnées de douleurs. Pas de pertes blanches. Poumons normaux. Utérus en rétroversion ; on sent une tumeur dans la paroi antérieure de l'utérus ; de même une tumeur kystique au niveau de l'ovaire gauche. Six jours après on fait l'hystérectomie vaginale. On trouve une cavité utérine remplie et distendue par une masse caséeuse. La paroi antérieure est épaissie, six centimètres et présente une tumeur myomateuse. A la coupe on aperçoit dans la paroi utérine des îlots jaunâtres et par la pression on arrive à exprimer une masse blanchâtre. L'examen microscopique de ces îlots fait constater des tubercules avec nombreuses cellules géantes. La muqueuse est presque entièrement remplacée par une couche granuleuse.

La recherche du bacille est positive.

OBSERVATION V

(*Walther, Monatsch. f. Gebur. u. Gyn. 1897, in Gorowitz*)

Femme de 26 ans. Sans aucun antécédent tuberculeux. Réglée à 20 ans seulement et ayant accouché normalement. Pertes muco-purulentes abondantes. L'orifice du col est entouré d'une érosion saignant facilement. Cautérisation. Les hémorragies persistent. Curettage. L'ulcération se cicatrise et les règles deviennent régulières.

L'examen histologique des fragments de muqueuse obtenus par le curettage montre à l'auteur des tubercules miliaires caractéristiques avec cellules géantes.

OBSERVATION VI

(Derville)

**Tuberculose génitale. Plus tard tuberculose
pulmonaire. Examen du mari**

A... Marie, âgée de 23 ans, corsetière, entre le 8 juin 1887.

Antécédents : Père fort âgé actuellement, jouit d'une excellente santé et ne tousse jamais. Sa mère avait toujours été bien portante. Morte à un âge avancé d'hémorrhagie cérébrale.

Dans la ligne collatérale rien à signaler. Deux frères et une sœur bien portants, elle a perdu une sœur âgée de 4 mois d'une affection dont elle ne peut préciser la nature.

Dans son enfance. Pas de maux d'yeux, quelques boutons dans les cheveux. Pas d'adénopathie.

A 18 ans, elle contracte une fièvre typhoïde qui dura 18 mois. Jamais d'autre maladie. L'hiver, elle avait fréquemment des coryzas, mais jamais elle ne toussait. Réglée pour la première fois à 16 ans. L'écoulement menstruel a toujours été régulier comme durée et quantité ; il y avait seulement quelques jours de retard ou d'avance. Depuis deux ans cette femme dit avoir beaucoup souffert moralement. L'an dernier, pendant la saison d'été, la menstruation s'est montrée irrégulière pour la première fois. La malade était quelquefois deux mois sans être réglée, en même temps elle souffrait du ventre. Peu avant le début de ces troubles menstruels, la malade

avait commencé à avoir quelques flueurs blanches, ce qui ne lui était jamais arrivé jusque là. Depuis cette époque, cet écoulement leucorrhéique a persisté et en même temps la menstruation jadis indolore, s'accompagnait de douleurs abdominales.

En novembre 1886, elle eut à deux reprises différentes une métrorrhagie assez abondante, dont la cause ne put être reconnue. La première de ces deux hémorragies dura environ 15 jours, et la deuxième se produisit deux mois après le début de la première. Nous avons interrogé la malade avec beaucoup de soins pour savoir si ces métrorrhagies n'étaient pas l'indice d'un avortement. Mais, le mois avant, les règles avaient été normales ; elle n'avait observé aucune modification du côté des seins, pas d'envies de vomir. Le sang qui s'écoula au moment de ces accidents ne fut jamais mêlé de caillots.

Depuis cette époque, la menstruation a été à peu près régulière, toujours douloureuse, un peu moins abondante qu'autrefois.

Il y a un mois et demi, c'est-à-dire vers le milieu d'avril 1887, cette femme recommence à tousser. Elle avait une toux sèche, rare, un peu quinteuse. Cette toux est survenue insensiblement sans cause connue. Pas d'expectoration.

En même temps la malade maigrissait : le soir elle avait de légers frissons et la nuit des sueurs nocturnes assez abondantes. Jamais de vomissements. Les douleurs abdominales n'avaient pas augmenté d'intensité.

Le 6 juin, elle fut prise à la suite d'un accès de toux, d'une hémoptysie assez abondante, elle aurait craché deux verres d'un sang rouge spumeux. Cette hémoptysie

continua les jours suivants et décida la malade à entrer à l'hôpital.

Etat actuel : amaigrissement peu marqué en apparence. Face colorée. Toux quinteuse, surtout nocturne. Quelques douleurs à la poitrine à droite. La malade crache un peu de sang. Appétit modéré. Jamais de diarrhée ni de vomissements.

Examen de la poitrine : submatité à la partie externe de la fosse sous claviculaire, légère résistance au doigt, exagération des vibrations thoraciques, murmure vésiculaire beaucoup plus faible que dans les points symétriques du côté opposé, expiration légèrement prolongée. En arrière, submatité dans la fosse sous épineuse. Expiration prolongée, un peu soufflante. Retentissement de la voix.

Examen des organes génitaux : à la vulve écoulement blanchâtre. Au toucher, utérus gros, volumineux en situation normale ; par le palper bimanuel on détermine un peu de douleur. Léger empâtement dans le cul de sac droit. Le col est ulcéré, il en sort un mucus épais. On fait un étalement sur lamelles. Dans les préparations on trouve des bacilles de Koch, peu nombreux, mais très nets. La malade n'est pas mariée, mais vit depuis 3 ans avec un individu maigre, d'apparence délicate. Il y a 4 ans ce malade avait été soigné à l'hôpital Laennec pour une gastrite, il tousse depuis ce temps là. Il y a un an il a présenté de fortes sueurs nocturnes, il maigrit beaucoup alors et si actuellement son état est amélioré il n'a pas repris cependant l'embonpoint qu'il avait autrefois. Cet homme a présenté 2 écoulements uréthraux. La première fois à l'âge de 25 ans, il venait de terminer son

service militaire. L'écoulement persista 2 mois, fut suivi d'une orchite et d'un abcès fistuleux dont la guérison complète demanda 3 mois. Deux ans après nouvel écoulement dont la durée fut de 1 mois. Cystite du col. Envies fréquentes d'uriner. Légères urétrorragies. Pas d'orchite. Actuellement le malade a quelquefois le matin une goutte purulente qui sort de l'urèthre. Aucun signe de rétrécissement. La miction est quelquefois un peu douloureuse. Au palper on constate que la tête de l'épididyme présente un noyau induré très net, du volume d'une petite noisette.

Du côté de l'appareil respiratoire on trouve de la submatité sous la clavicule gauche, avec une inspiration rude, une expiration prolongée et soufflante.

Cette observation nous présente donc en résumé l'exemple d'une femme sans antécédents tuberculeux qui a des rapports avec un individu suspect de tuberculose pulmonaire, présentant en outre de la tuberculose épидидymaire et un écoulement purulent, reliquat probable d'une ancienne blennorrhagie. Dix-huit mois après le début des rapports elle a présenté de la leucorrhée. Un an et demi après, les accidents pulmonaires ont commencé. Il nous semble que dans ce cas la contamination par voie génitale est indéniable ; elle a été vraisemblablement préparée par une métrite gonococcique.

Cette observation présente encore un fait intéressant : apparition de métrorrhagie abondantes dès le début de la maladie et pourrait de ce fait s'ajouter aux observations de M. Vincent dans lesquelles il a constaté l'apparition de métrites hémorragiques comme signe prémonitoire de la tuberculose pulmonaire. Nous insisterons sur ce point

lors de l'étude symptomatologique de la tuberculose utérine primitive.

Grossesse. Accouchement. Post-partum. — L'inoculation tuberculeuse peut se faire non seulement pendant l'accouchement, mais encore pendant la grossesse. La circulation si active au niveau du placenta favorise l'apport, la localisation des bacilles en ce point et constitue un terrain favorable à l'évolution des lésions. Walther, Thiercelin, Cornil, Pozzi ont attiré l'attention sur le rôle incontestable joué par l'état puerpéral dans l'infection tuberculeuse primitive. « La voie génitale est alors largement ouverte
« à l'entrée de tous les germes morbides et les manœuvres obstétricales elles-mêmes peuvent contribuer à les y introduire. Il faut du reste remarquer
« qu'une infection de nature quelconque, septicémie, blennorrhagie favorise l'infection bacillaire.
« Ces faits sont bien connus en pathologie générale sous le nom d'infection mixte, combinée (Mischinfection des Allemands). Pozzi. »

Après l'accouchement, l'utérus est encore en état d'infériorité par suite de l'involution et de la dégénérescence graisseuse de la fibre musculaire.

Nous publions ici le cas, observé dans le service de M. le professeur Paviot, qui a servi de point de départ à notre travail.

OBSERVATION VII

**Fausse couche datant de 6 mois. Pertes blanches
fétides. Méningite tuberculeuse**

Autopsie : Granulie méningée et péritonéale. Granulie discrète des poumons. Métrite caséuse de l'utérus. Tuberculose de la trompe gauche.

T... Marie, 22 ans, ménagère, reçue à l'hôpital de la Croix-Rousse, le mardi 9 décembre 1913, pour fièvre typhoïde, est envoyée dans la salle Sainte-Blandine le samedi suivant avec le diagnostic de méningite.

Ses parents sont bien portants, elle a deux frères en bonne santé, un frère est mort à dix-huit jours.

Personnellement elle a eu à 5 ans une « fluxion de poitrine » grave ayant duré 2 mois et ayant bien guéri sans que la maladie continue à tousser. A 13 ans fut soignée pour l'anémie : elle ressentait alors de violents maux de tête, avait de la lassitude générale, de l'essoufflement au moindre effort. Cet état dure jusqu'à 16 ans, âge où elle fut réglée. Mariée à 21 ans ; elle a eu une petite fille, 6 mois après, bien portante. Il y a 6 mois, fausse couche de 5 mois. Depuis cette époque la malade ne s'est pas bien portée : elle se plaint de points dans le dos, les reins ; elle est vite lasse ; elle affirme ne pas tousser du tout. Réglée régulièrement. Pertes blanches abondantes et fétides. Depuis sa fausse couche elle a eu des pertes rouges pendant trois mois, pas de signes de spécificité.

L'affection actuelle a débuté il y a environ trois semai-

nes par des maux de tête violents encerclant le front. En même temps son caractère changeait, elle devenait irritable et son mari lui en fit l'observation. La nuit, son sommeil était agité et elle avait des cauchemars effrayants. Elle aurait eu à ce moment dans la rue des vertiges. Elle avait peu d'appétit et était enfin plus constipée que d'ordinaire. Depuis dimanche dernier elle vomit ses aliments.

A l'entrée, malade un peu abattue, très lucide, répondant bien aux questions qu'on lui pose. C'est une femme de taille supérieure à la normale, non amaigrie. Elle se plaint surtout de maux de tête. Elle vomit tout ce qu'elle absorbe.

Les poumons sonnent et respirent bien. Le cœur a sa pointe dans le 5^e espace. Les bruits sont normaux. Le pouls est à 60. Rien du côté du tube digestif, sauf un peu de muguet.

La céphalée est très vive, et s'irradie en arrière le long de la colonne. Un peu de raideur de la nuque ; douleurs dans le dos. La malade se met de préférence couchée sur le côté en chien de fusil. Le signe de Kernig existe mais très léger. Les réflexes rotuliens sont normaux. Pas de Babinski ; ni trépidation du pied, ni clonus de la rotule. Du côté des yeux, on note, ni photophobie, ni paralysie oculaire, les pupilles sont égales. La malade entend la montre à un mètre. La raie méningitique existe. Enfin il y a de l'irrégularité de la respiration qui par moment prend le rythme de Cheyne-Stokes.

Pas d'albumine dans les urines. La température depuis l'entrée aux typhiques et ici, depuis 48 heures, mon

tre des irrégularités qui, sans grandes oscillations, peuvent en 36 ou 48 heures la faire osciller de 37,6 à 39°.

17 décembre. La malade vomit moins. On lui a appliqué un topique sur le sommet de la tête. La température oscille entre 38° et 39°.

La méningite est surtout toujours spinale : la malade souffre lorsqu'on presse sur les masses musculaires, surtout au bras. Elle accuse par moments quelques brouillards devant les yeux, mais il n'y a pas de troubles oculaires moteurs. L'intelligence est intacte.

Une ponction lombaire retire 40 c. c. de liquide céphalo-rachidien, clair, mais non comme de l'eau de roche. Il est très hypertendu. Devant les symptômes surtout spinaux de la méningite, à cause de la teinte non absolument claire du liquide retiré, on injecte immédiatement 20 c. c. de sérum antiméningococcique.

Il est à noter que depuis son arrivée, elle présente un écoulement vaginal, purulent, dont l'odeur fétide frappe dès qu'on découvre la malade. Des injections vaginales matin et soir sont ordonnées.

18 décembre. La malade a beaucoup souffert de céphalée pendant les heures qui ont suivi l'injection du sérum.

Ce matin, elle présente du ptosis droit ; la pupille droite est dilatée et ne réagit pas à la lumière. Le globe oculaire droit présente quelques secousses de nystagmus. La malade ne parle pas, mais comprend ce qu'on lui dit.

L'examen du liquide retiré qui n'a donné après centrifugation qu'un petit culot blanc, ne montre aucun microbe.

Au point de vue cytologique, il n'y a rien de bien net :

polynucléaires, lymphocytes, cellules endothéliales surtout. On a ensemencé sur gélose sanglante le culot obtenu par centrifugation de 10 c. c. de liquide céphalo-rachidien. Aucun microbe n'a poussé.

19 décembre. La malade présente une paralysie faciale droite.

22 décembre. La température oscille autour de 39° et depuis 3 jours le pouls est monté rapidement de 70 à 130. Depuis 3 jours également il faut sonder la malade. Elle reste dans un état de prostration très marqué, ne se réveillant que pour pousser des cris. Troubles vaso moteurs et sudoraux de la face et du cou. Il n'y a pas de nouvelle paralysie. Elle bouge bras et jambes.

23 décembre. La malade meurt dans la nuit.

Autopsie. A l'ouverture du cadavre on ne trouve pas de liquide, ni dans les plèvres, ni dans le péritoine. Il y a des adhérences entre le grand épiploon et la paroi et entre le diaphragme et le foie. Nombreuses granulations à la face inférieure du diaphragme. Les faces latérales du mésentère comme aussi la face postérieure du mesocolon transverse sont couvertes de fines granulations en semis. Ces granulations deviennent beaucoup plus abondantes, à mesure que l'on descend vers le petit bassin et le péritoine pelvien en est couvert. Quelques granulations, mais beaucoup plus discrètes à la surface du poumon.

Sur la coupe des poumons, on trouve également des granulations dans les territoires à teinte très rouge et très atélectasiés. Il n'y a pas de ganglions caséeux du hile. Le cœur est petit, sans lésions orificielles, il n'y a rien sur le péricarde. La rate est prise au milieu d'adhé-

rences et très congestionnée. Rien de particulier au foie et aux reins.

Le cerveau montre au niveau de ses confluent de base des exsudats fibrino purulents, englobant à leur sortie tous les nerfs crâniens, la tige du corps pituitaire et faisant disparaître le chiasma. Il n'est pas possible d'apercevoir de granulations.

Sur la moelle, la gaine dure-mérienne ouverte, on voit un exsudat qui louchit les espaces sous-arachnoïdiens, mais sans faire la gaine crémeuse et sans faire disparaître la visibilité des racines et des vaisseaux.

On trouve un utérus volumineux, les trompes, d'une teinte rouge violacée, sont fortement renflées dans leur moitié externe. En ouvrant l'utérus, on arrive sur une plaque jaune siégeant sur la face postérieure du corps de l'utérus et descendant sur l'isthme jusque près du col. Elle est un peu plus grande qu'une pièce de 5 francs et a creusé comme une petite caverne peu profonde dans la paroi utérine. La trompe gauche présente déjà à son intérieur de gros grains jaunes qui paraissent être des granulations caséuses.

Examen histologique (M. le Prof. Paviot).

1° Caverne caséuse du corps utérin. Elle est tapissée par une nappe épaisse de tubercules, que rien ne séparé, ou plutôt c'est une nappe de cellules rondes dans laquelle se montrent de distance en distance des centres ou de cellules épithélioïdes, ou de masses vitreuses, et c'est dans ces centres que l'on trouve deux ou trois cellules géantes par tubercule. Le muscle utérin voisin est devenu un peu trop riche en substance fondamentale hyaline ; on y

voit quelques tubercules élémentaires éclos en plein muscle ;

2° Fragment de trompe. — Les vaisseaux sous le péritoine et dans la tunique musculaire de la trompe sont dilatés et gorgés de sang. Minces travées de petites cellules dans le tissu sous péritonéal et dans les interstices du muscle, mais pas de nodules tuberculeux. La muqueuse est considérablement épaissie par une infiltration de petites cellules rondes, les replis villeux ont disparu sous l'influence de cette infiltration. L'épithélium tubaire se montre sous forme de bandes ou de rubans, qui sont plongés au milieu de cette infiltration de cellules rondes. Les cellules géantes sont disséminées çà et là dans cette infiltration.

Cette observation nous montre tout d'abord que des lésions génitales latentes peuvent servir de point de départ à une granulie qui semble être le premier symptôme de la tuberculose. Ce n'est qu'une autopsie complète qui peut montrer le point de départ de l'infection bacillaire.

Nous retrouverons dans le cas de Weill (Obs. XXIV) des phénomènes méningés analogues chez une jeune fille de 17 ans.

En considérant le siège des lésions on voit que la tuberculose n'était pas localisée uniquement à l'utérus, on trouvait à la trompe gauche quelques points jaunes caséeux, mais les lésions étaient tellement discrètes si on les comparait à la masse caséuse utérine qu'il y a tout lieu de croire que les lésions tubaires étaient secondaires à celles de l'utérus.

Et cette infection primitive du corps utérin s'explique

si l'on se rappelle que cinq mois avant les phénomènes qui l'amènèrent à l'hôpital, la malade avait eu une fausse couche. L'infection tuberculeuse dut s'établir alors, profitant de la porte d'entrée créée par le décollement de l'œuf.

Brëüs, en pratiquant l'autopsie d'une femme de 34 ans, morte de tuberculose méningée, et ayant huit mois auparavant fait une fausse couche de 5 mois, trouva : un foyer caséeux dans la trompe droite, un utérus augmenté de volume présentant une muqueuse œdemateuse et infiltrée de tubercules. Mais si nous ne pouvons d'après le cas de Brëüs, affirmer la localisation utérine primitive, il n'en est plus de même dans les observations qui suivent où la tuberculose utérine nous a paru être nettement la localisation initiale.

OBSERVATION VIII

**Tuberculose génitale primitive chez une femme
enceinte ; avortement au cinquième mois ;
mort par septicémie et par tuberculose
miliaire aiguë pendant les couches.**

Huenermann (Arch. f. Gyn. 1892)

Femme de 35 ans, bonne santé. A accouché une première fois sans aucun incident. Dans sa deuxième grossesse elle a souffert dès le 3^e mois dans la région lombaire et après une promenade en ville elle fait un avor-

tement au 5^e mois. Pendant les premiers jours qui suivent, rien d'anormal, puis élévation de la température et fétidité de l'écoulement vaginal. La malade présente alors les symptômes d'une infection puerpérale grave. Pouls à 130. Température 40°. Le curettage digital de la cavité utérine ramène un fragment de membrane de 9 cm. de long, gros comme le doigt et putréfié. Avec une grosse curette mousse on retire du fond de la matrice de petits fragments, on pratique des lavages phéniqués et un tamponnement iodoformé. L'état général devient plus grave, la température reste élevée, les phénomènes pulmonaires s'accroissent. Quelques jours après la malade succombe. L'autopsie montre des nodules miliaires dans les organes génitaux : les trompes sont augmentées de volume, mais on ne trouve pas dans leur épaisseur de trace de tuberculose. La muqueuse, au contraire, est enduite d'une matière putrilagineuse qui infiltre la trompe et l'utérus. Le bacille de Koch est trouvé abondamment dans les fausses membranes qui tapissent l'utérus, mais dans la tunique musculuse il ne semble pas y avoir trace de tuberculose. Huenermann réussit toutefois à relever la présence de deux bacilles dans un gros thrombus qui remplissait la lumière d'un gros vaisseau de la paroi.

Les lésions, d'après l'auteur, devaient remonter aux premiers mois de grossesse. Il ne peut pas dire quelle en était l'origine. Peut-être l'innoculation datait-elle d'un certain temps et s'était-elle produite par voie génitale. L'examen du mari ne révéla aucune trace de tuberculose.

OBSERVATION IX

**Avortement. Tuberculose primitive des organes
génitaux. Tuberculose pulmonaire consécutive
(Thiercelin).**

F., 24 ans, ouvrière, entrée le 12 février 1889, salle St-Landry (Service de M. le Prof. Cornil).

Aucun antécédent héréditaire à signaler.

Antécédents personnels : réglée à 13 ans. Jusque-là elle se portait bien quand, au mois d'octobre dernier, elle entra à la maternité, y fit une fausse couche de 4 mois ; elle eut des hémorrhagies abondantes et fut prise à la suite d'une fièvre assez vive accompagnée de douleurs dans le bas ventre. La température aurait atteint 40° : elle présenta alors des symptômes de péritonite. Elle resta deux mois à la maternité ; elle perdait abondamment en blanc et recevait chaque jour trois injections. Sortit de la maternité un peu soulagée, mais amaigrie, quinze jours après sa sortie, elle fut prise chez elle de vomissements incessants, de douleurs dans le bas ventre ; l'amaigrissement s'accrut de jour en jour et seul l'abdomen resta augmenté de volume. Quelques jours après son entrée à l'hôpital, la malade a maigri, a les traits tirés, répond avec lenteur aux questions qu'on lui pose. La température le soir est à 39° et le matin à 37°5. L'appétit est faible, la langue est blanche ; les vomissements bilieux sont aussi fréquents, surtout quand il y a des phénomènes douloureux du côté de l'abdomen, il y a des alternatives de diarrhée et de constipation ; le ventre est peu augmenté de volume ; il est douloureux à la palpation, sur-

tout dans la région hypogastrique. Dans cette région et surtout à droite, il y a vers la fosse iliaque de l'empâtement avec matité ; les urines sont normales ; pas de règles depuis la fausse couche, mais la leucorrhée abondante continue.

A l'examen génital : Empâtement du cul de sac postérieur et latéral droit et présence d'ulcérations grosses et mollasses sur les deux lèvres du col. Pas d'examen au spéculum.

Aucun phénomène du côté des poumons ; la diarrhée s'arrête bientôt ; les vomissements et la leucorrhée persistent, l'abdomen est plus douloureux et plus météorisé. La fièvre est continue et oscille entre 38° et 39°. L'amaigrissement et la cachexie deviennent rapides. Le 12 mars, un mois après son entrée à l'hôpital, la malade se prend à tousser ; on ausculte et on trouve des craquements aux deux sommets ; les lésions font de très rapides progrès et la malade meurt le 13 avril.

A l'autopsie faite le 14 avril, un peu de liquide dans le péricarde, cœur petit avec insuffisance et rétrécissement mitraux ; sur les plèvres et le poumon, signes manifestes de tuberculose, ainsi que sur le diaphragme, le péritoine périhépatique et l'épiploon qui est adhérent aux viscères du petit bassin. Les organes du petit bassin sont agglutinés et il est impossible de les isoler. Au milieu on sent un corps volumineux (utérus) et à droite une trompe volumineuse. L'utérus sembla d'abord être augmenté de volume dans le sens de la longueur, mais cette augmentation de longueur n'était qu'apparente et était due à ce qu'il était coiffé par la trompe gauche. Cette trompe était très dilatée et si on la sectionne, elle laisse apparaître

un pus caséeux qui la distend. La droite est considérablement augmentée de volume, mais occupe sa place normale, sa section laisse également sortir un pus épais. Toute la surface intérieure du corps utérin est recouverte de bourgeons irréguliers surtout développés en un point de la paroi utérine qui devait être le lieu d'élection du placenta ; sur ces bourgeons on remarque de nombreuses granulations et des masses caséuses opaques et saillantes. De semblables bourgeons recouvrent la portion utérine du col, mais ceux-ci sont moins proéminents et semblent provenir d'un processus récent. L'orifice externe du col de l'utérus est déchiqueté, irrégulier et présente des éraillures profondes surtout au niveau de son bord postérieur et de sa commissure droite, sur toute la portion vaginale du col il existe des pertes de substance profondes et taillées à pic dont les bords présentent par place des corps jaunâtres ressemblant à des tubercules ; ces ulcérations sont très profondes ; elles ont en partie détruit la portion vaginale du col ; on trouve aussi de nombreuses ulcérations du vagin. A l'examen histologique pratiqué par M. le professeur Cornil, on trouve un bourgeonnement assez considérable du tissu conjonctif du col et du corps de l'utérus, dans le corps en particulier on a affaire à de grandes végétations irrégulières, fibreuses, vascularisées. Ces vaisseaux offrent même des lésions inflammatoires chroniques de leur membrane interne, comme cela a eu lieu après la gestation. Ce tissu conjonctif végétant du corps, se rapporte bien évidemment au point d'implantation du placenta. Par place dans ce tissu, on trouve, soit une infiltration étendue par des cellules hyalines atrophiées, soit des îlots caséux plus

petits et bien limités. Ces derniers siégeant surtout autour des vaisseaux.

Lésions analogues dans la muqueuse du col. Ulcérations vaginales. Les bords sont infiltrés de petites cellules et cette inflammation s'étend dans une étendue de $\frac{1}{2}$ à 1 millimètre. Dans toute cette partie enflammée les vaisseaux sont oblitérés par des coagulations de fibrine englobant les cellules lymphatiques. On n'a pas vu là de cellules géantes, mais seulement à la périphérie sous l'épithélium encore intact des îlots arrondis.

Réflexions. C'est un cas manifeste de tuberculose utérine primitive, car les accidents pelviens ont été les premiers en date et ce n'est qu'après les organes du petit bassin que le péritoine fut envahi par la tuberculose et en dernier lieu les poumons.

Le traumatisme utérin dû à la fausse couche a été ici le point de départ des accidents, et la plaie placentaire a été le point de départ de la bacillose. Il reste à savoir d'où sont venus les germes.

OBSERVATION X

(Hegar in Derville)

Pas de tare héréditaire. Infection probable pendant les suites de couches. Maladie aiguë sans localisation spéciale. Plus tard manifestations dans l'appareil respiratoire et le ventre. Péritonite tuberculeuse. Incision. Guérison de la péritonite.

A..., âgée de 33 ans. Parents et un frère de 31 ans bien portants. Mari en bonne santé. Trois enfants sains. Des

autres enfants, les uns sont morts-nés, d'autres sont morts dans leur jeune âge de différentes maladies : diphtérie, pneumonie. L'un d'eux est mort, il y a 7 ans, de consommation à l'âge de 1 an $\frac{1}{2}$.

Dans sa jeunesse était bien portante. Réglée à 13 ans $\frac{1}{2}$. Menstruation régulière. Sa marie à 21 ans. Jusqu'à 32 ans, huit accouchements. Au dernier, extraction manuelle du placenta par le médecin. Suite de couches normales. La menstruation se rétablit, bien que peu abondante, 6 semaines après l'accouchement. 4 semaines plus tard la personne tombe malade subitement sans causes spéciales, frissons, chaleur. Température 40°, au dire de la malade. Douleurs dans la poitrine. Garde le lit pendant 2 mois. Peu à peu la fièvre tombe. Grande faiblesse. Suspension des règles. Elles reparaissent 3 mois après avec douleurs. Six mois après l'accouchement (printemps 1885) toux fréquente avec expectoration peu abondante, muqueuse. Pendant l'été très faible, garde le lit, ne travaille plus. Douleurs pendant les périodes menstruelles et dans leur intervalle. En automne la toux recommence, surtout le matin. Amaigrissement. Menstruations régulières comme autrefois. En janvier 1886 l'examen donne : diminution légère de la sonorité sur tout le pourtour de la poitrine. Pas de frottements. Ventre notablement augmenté de volume avec tous les signes d'un épanchement liquide libre. Il s'écoule de l'utérus un liquide jaunâtre muqueux, peu abondant. Avec la curette on fait un grattage de la muqueuse du corps de l'utérus. On ne trouve pas le Bacille de Koch. 25 janvier. Laparatomie montrant le péritoine criblé de granulations miliaires. Gaze iodoformée. La malade quitte la clinique en bon état.

Cette observation est intéressante d'après Hegar à plusieurs points de vue. Voilà une femme sans aucun antécédent héréditaire qui a toujours eu une excellente santé. Elle accouche 7 fois sans accident. La huitième fois l'extraction manuelle du placenta est nécessaire et quelques temps après on voit se développer une tuberculose génitale. Sans doute nous ne savons quel était l'état de santé du médecin, s'il était bien portant, s'il avait été en contact avec des malades atteints de phtisie. La grande fréquence de la maladie rend, d'après Hegar, la chose très possible. L'auteur insiste sur la marche de l'affection qui frappe successivement les organes génitaux, le péritoine, la plèvre, et beaucoup plus tard le poumon.

OBSERVATION XI

Hidenthaler (Wiener. Klin. Wochenschrift, 1890)

Malade de 27 ans ayant eu 3 enfants dont l'un mort de tuberculose intestinale. Deux mois après une fausse couche, pertes sanguines, puis pertes purulentes et fétides. Après examen on fait diagnostic de tuberculose du poumon, de la trompe gauche, du col et du corps utérin, toute la muqueuse utérine est envahie de nodules caséeux. Il s'agirait pour l'auteur d'un foyer primitif tubo-utérin d'où s'est disséminé la tuberculose après la fausse couche.

OBSERVATION XII

(Voir le cas de Walther, Obs. V)

OBSERVATION XIII

**Tuberculose des veines utérines au niveau
de l'insertion placentaire**

Weichselbaum (Wiener. Med. Wochen., 1884)

Jeune fille de 25 ans, reçue en novembre 1883 dans le service de médecine de Rudolf-Spital et qui depuis un mois ne voyait plus ses règles et souffrait depuis quinze jours d'insomnie, de toux sèche et de dyspnée. Elle présentait une fièvre assez élevée, une bronchite, une légère augmentation de la rate. L'utérus est gros. Dans les tout derniers jours de sa vie s'installèrent des vomissements et huit jours après une hémorrhagie utérine, d'abord négligeable, mais qui plus tard devient presque continue et anémie la malade. Le 5 décembre avortement d'un fœtus âgé d'environ 4 mois. L'hémorrhagie persiste et le 11 décembre, c'est-à-dire quatre semaines après son entrée à l'hôpital, elle mourait présentant les symptômes d'une anémie aiguë.

Résumé de l'autopsie. Tuberculose miliaire généralisée aiguë. Le péritoine est atteint. Des tubercules peuvent être décelés dans le foie et la rate par le seul examen microscopique. Le point de départ était sans aucun doute, une tuberculose des veines utérines, au niveau de l'insertion placentaire, qui présentait des foyers caséeux gros comme un pois. Ce sont ces foyers utérins qui, en déversant leur contenu bacillaire à l'intérieur des veines utérines avaient déterminé la phlébite et l'infection générale consécutive. Les deux trompes étaient monoliformes, dilatées par des masses caséeuses. Leur muqueuse épaissie

est parsemée de petites granulations. Dans quatre préparations on a pu colorer les bacilles. Rien au placenta. Rien au fœtus.

Nous relevons l'influence de l'accouchement ou de l'avortement, non seulement dans la tuberculose primitive du corps utérin, mais encore dans la tuberculose du col. Dans ce dernier cas la plaie placentaire n'existe plus, mais des fissures ou déchirures peuvent servir de point de départ à une infection bacillaire locale. L'observation qui suit nous en fournit une preuve :

OBSERVATION XIV

Sur un cas de tuberculose du col de l'utérus

Bender. Revue de Gynécologie, 1911

M^{me} M. G..., 32 ans, est vue en mars 1909.

Antécédents héréditaires. Rien d'intéressant. Père et mère vivants et bien portants. Rien dans les antécédents collatéraux.

Réglée à 11 ans. Règles régulières. Dans l'intervalle des règles légère leucorrhée. Deux grossesses normales à trois ans d'intervalle. Un an après la 2^e grossesse fausse couche attribuée par la malade à de longues promenades à cheval. Des pertes abondantes se répètent les mois qui suivent. Sur ces entrefaites la malade a à supporter de grandes fatigues pour soigner son mari qui succombe à une fièvre typhoïde. Recrudescence des troubles génitaux. Au spéculum, col gros, turgescant, ulcération rougeâtre, granuleuse. L'examen des sécrétions cervicales

pratiqué à plusieurs reprises ne permet pas, au milieu d'une flore microbienne abondante de mettre en évidence le bacille de Koch.

Le 10 mai 1909, curettage et amputation du col.

Examen histologique : on est en présence non d'une ulcération métritique, mais d'une tuberculose du col utérin (tubercules caractéristiques et ulcération tuberculeuse). Le vagin et la vulve sont intacts.

Le diagnostic de tuberculose du col établi avec certitude a été pour M. Bender une surprise. Les commémoratifs, les symptômes accusés par la malade s'accordaient pour en faire une métrite post-partum. L'examen de la malade fait avec le plus grand soin n'a rien révélé au poumon, ni dans aucun viscère, ni au niveau de groupements ganglionnaires. Depuis l'opération les pertes blanches ont complètement cessé. La malade a été revue depuis et est dans un bon état général.

Il s'agit en cette matière d'une tuberculose primitive du col. Il semble que dans ce cas on se trouve en présence, d'après M. Bender, d'une infection directe par voie génitale. L'auteur ne croit pas pouvoir incriminer le coït, le mari avant de mourir n'ayant présenté aucun signe de tuberculose pulmonaire ou génitale.

CHAPITRE III

Anatomie pathologique

Nous étudierons séparément la tuberculose du corps et la tuberculose du col.

Tuberculose primitive du corps

Forme miliaire aiguë. — La localisation se fait dans ce cas sous forme du tubercules miliaires disséminés avec peu de tendances à envahir la profondeur.

Peut-on rencontrer cette forme comme stade initial d'une tuberculose utérine primitive? Nous ne le croyons pas. Ces cas répondraient plutôt à une dissémination, dans toute l'économie de bacilles issus d'un foyer extra utérin.

Forme ulcéreuse. — Au début ces lésions évoluent d'après Cornil, comme celles d'une endométrite

chronique glandulaire, puis des nodules contenant des cellules géantes apparaissent, deviennent confluents et aboutissent à la dégénérescence caséuse. Ces lésions ont quelquefois tendance à envahir la profondeur et produisent dans ce cas des désorganisations tissulaires pouvant amener la rupture utérine pendant la grossesse. Le plus souvent ces manifestations s'arrêtent au niveau de la partie supérieure du col et la limite est quelquefois marquée par une ulcération à bords très nets.

L'observation suivante relatant une autopsie faite par M. le professeur Tripier et M. le professeur Paviot, nous fournit un exemple très net de la tuberculose primitive de l'utérus à forme ulcéreuse.

OBSERVATION XV

Tuberculose primitive de l'utérus. Péritonite et lésions tuberculeuses diverses secondaires

(D^r Adenot)

M^{lle} J. S..., 47 ans, demeurant à Lyon, entre le 18 septembre 1897 dans la salle Ste-Anne, à l'Hôtel-Dieu.

Antécédents héréditaires tuberculeux. Père mort d'affection pulmonaire suspecte. Mère bien portante. Quatre frères dont deux sont morts. L'un de tuberculose pulmonaire. L'autre de la rage.

Dans les antécédents personnels aucune maladie grave, jamais de bronchite ni d'hémoptysie.

Réglée à 15 ans, d'une façon normale. En juillet 1897, deux mois avant son entrée, fut prise brusquement de douleurs au ventre et dut cesser son travail pendant 15 jours et garder le lit pendant les 8 premiers jours. Il y a 6 jours ces mêmes phénomènes douloureux se montrèrent soudain avec une intensité plus grande, elle se remit au lit. La douleur se généralisa rapidement à tout l'abdomen et au moment où elle est examinée à l'hôpital les malaises douloureux ne prédominent pas d'un côté ou de l'autre du ventre, la douleur est généralisée, sourde, tolérable.

La palpation ne paraît pas exagérer beaucoup la douleur, mais l'examen est difficile car les muscles de la paroi abdominale se défendent énergiquement. Il n'existe ni vomissements, ni nausées, anorexie profonde. Diarrhée habituelle depuis plusieurs semaines remplacée par de la constipation depuis 4 jours. Amaigrissement considérable, adynamie prononcée, matité en damier irrégulièrement disséminée. Sensation de flot. Les culs de sacs vaginaux ne présentent rien de particulier. L'utérus est en position normale et indépendant de la masse abdominale. Pas de fièvre. Leucorrhée légère.

Aux poumons légère submatité de côté droit. Au sommet, pas de signes évidents de ramollissement.

En résumé, tuberculose péritonéale ascitique. Laparotomie. Amélioration, mais la plaie reste fistuleuse et donne lieu à un écoulement d'un pus très fétide au point qu'on soupçonna une communication de l'intestin avec le foyer purulent. La tuberculose pulmonaire augmenta, l'état général devint de plus en plus mauvais et la malade meurt le 4 novembre 1897 deux mois après l'opération.

Autopsie. — Pratiquée par M. le professeur Tripier et M. le Professeur agrégé Paviot, qui ont communiqué les résultats suivants auxquels cette observation emprunte son principal intérêt.

Sujet très amaigri avec ventre déprimé et ouverture fistuleuse permettant d'introduire un doigt sur la ligne médiane à peu près à égale distance de l'ombilic et du pubis. En ouvrant la cavité abdominale, on constate d'abord des adhérences du grand épiploon à la paroi antérieure sur la ligne médiane, et à la masse intestinale sous jacente, mais surtout aux organes contenus dans le petit bassin du côté gauche, où il forme une grosse bride dont l'extrémité inférieure est absolument adhérente à la paroi antérieure et supérieure de la cavité pelvienne du côté gauche.

Les anses intestinales sont modérément distendues bien qu'elles soient plus ou moins adhérentes les unes aux autres, ainsi qu'aux organes génitaux voisins par de minces tractus fibreux très irrégulièrement disposés. Les adhérences deviennent beaucoup plus nombreuses et résistantes au niveau du petit bassin. Mais, en outre, on voit que l'ouverture antérieure aboutit à un long trajet fistuleux irrégulier qui s'étend en bas et de chaque côté avec prédominance bien plus accusée du côté gauche.

Les parois de ce trajet fistuleux sont constituées par des anses intestinales agglutinées dont la surface présente à ce niveau un exsudat purulent avec des grumeaux caséux. Les anses intestinales qui limitent ce clapier irrégulier sont intimement adhérentes les unes aux autres. Mais on arrive à les détacher les unes après les autres en

constatant qu'aucune ne communique avec le foyer purulent.

Plus on pénètre dans les parties profondes de l'excavation et plus on trouve des anses intestinales adhérentes entre elles et aux organes génitaux refoulés en avant et en bas. En outre, on trouve immédiatement en arrière de l'utérus, au centre de l'excavation, une masse du volume d'un poing constituée par un liquide séreux contenu dans une néo-membrane mince qui lui donne l'aspect gélatiniforme. Une incision permet l'écoulement de ce liquide. Il est très difficile d'isoler les organes génitaux en raison de leur adhérence d'une part avec les anses intestinales, et, d'autre part, avec les parois antero-latérales de l'excavation. Toutefois on s'aperçoit bientôt qu'ils sont le siège de lésions importantes surtout au niveau des annexes du côté gauche. La trompe gauche en effet forme un cordon du volume du petit doigt, à paroi épaisse, replié sur lui-même avec oblitération du pavillon. En outre, immédiatement au-dessous de la trompe et bord gauche de l'utérus se trouve une masse arrondie, aplatie d'avant en arrière, du volume d'une grosse montre et de consistance pâteuse occupant la place de l'ovaire entre les feuillets du ligament large épaissis et adhérents à la partie inférieure. Une incision faite sur cette masse montre qu'elle est constituée par une substance caséuse, demi-liquide, ayant pour parois les feuillets du ligament large épaissis. On ne trouve plus aucune trace de l'ovaire. On rencontre seulement dans le voisinage des ganglions caséux au sein d'un tissu conjonctif sclérosé.

On incise aussi la trompe qui se trouve immédiatement

au-dessus de l'abcès caséux et on voit que sa cavité manifestement distendue contient une matière jaunâtre, caséuse qui infiltre aussi la muqueuse, tandis que les parties externes du conduit sont épaissies et évidemment sclérosées. Du côté droit les parois de la trompe sont aussi un peu épaissies avec oblitération du pavillon, mais sans lésions caséuses appréciables. Impossible de trouver l'ovaire au sein du tissu sclérosé qui se trouve à ce niveau et auquel adhèrent plusieurs ganglions présentant des tubercules caséux.

Utérus. — Le corps est porté contre le pubis un peu à droite de la ligne médiane. Il offre à la palpation une consistance un peu molle, comme pâteuse. Le col est presque effacé, se continuant pour ainsi dire avec la paroi vaginale dont il ne se distingue que par un bourrelet léger échancré sur les parties latérales, ce qui indique vraisemblablement une grosseur antérieure. On pénètre facilement dans la cavité utérine qui semble plutôt agrandie. Après avoir fait une incision sur toute la hauteur de l'organe et transversalement sur le fond, on constate que toute la muqueuse du corps de l'utérus est infiltrée de matière caséuse dont une partie en outre est libre dans la cavité. Cette matière pénètre la muqueuse un peu irrégulièrement, c'est-à-dire plus ou moins profondément dans le tissu musculaire qui ne forme qu'une couche mince de 5 m/m environ. La surface interne de la muqueuse forme de légères saillies irrégulières lui donnant un aspect granuleux, jaunâtre assez friable en raison de son infiltration évidente par des tubercules caséux. On dirait une large ulcération caséuse occupant toute la surface interne du corps de l'utérus.

Col. — Le col n'est pas absolument indemne. La muqueuse a une teinte rouge foncé sur laquelle se détachent une petite ulcération jaunâtre lenticulaire et quelques taches jaunâtres et punctiformes. On prend pour l'examen histologique une portion de cette dernière partie où les lésions paraissent à leur début afin de comparer avec celles provenant du corps de l'organe. Au moyen d'une sonde canelée on peut pénétrer de l'utérus dans la trompe gauche et au moyen d'une incision voir que les lésions du corps de l'utérus se continuent avec celles de la muqueuse de la trompe gauche tandis qu'on ne peut pas pénétrer de l'utérus dans la trompe droite qui, du reste, n'offre pas d'altérations caséuses. Nous n'avons pas pu constater de communication entre la trompe gauche et l'abcès caséeux sous-jacent.

Résumé de l'examen des autres organes. — Ganglions tuberculeux dans la cavité pelvienne et dans le mésentère. Foie volumineux et gras relié par des adhérences à la masse intestinale. Rate sans tubercules apparents. Le rein ne présente pas de trace de tuberculose. Vessie normale. L'incision du poumon montre sur toute son étendue des tubercules crus, isolés ou agglomérés. Pas plus dans un poumon que dans l'autre on ne trouve de cavernes ni même la trace évidente de tuberculose ancienne.

Examen microscopique du tissu utérin : on trouve, au niveau des parties caséuses des portions de tissu jaunâtre, limitées par une ligne irrégulière entourée d'une zone d'hyperplasie cellulaire intense de telle sorte que non seulement il y a une accumulation de jeunes cellules à ce niveau, mais qu'une partie de ces cellules a débordé dans la matière caséuse et que, d'autre part, tout le tissu mus-

culaire voisin est le siège d'hyperplasie cellulaire d'autant plus abondante qu'on se rapproche de la zone limitante indiquée. Sur un point de cette zone on découvre un amas cellulaire au milieu duquel on trouve une cellule géante avec une dizaine de noyaux.

Au niveau du col, pas de tuberculose manifeste. Hyperplasie cellulaire avec cavités glandulaires exhubérantes. Vaisseaux dilatés dans le voisinage. En somme, phénomènes inflammatoires du côté du col, tandis que du côté du corps, il s'agit de formations caséuses en voie de désintégration.

Conclusion. — La présence de ces lésions caséuses considérables est plutôt en faveur d'une lésion tuberculeuse primitive du fond de l'utérus, d'autant plus que cette opinion concorde avec tous les phénomènes relatés par l'autopsie et notamment avec l'absence de foyers caséux sur quelque autre organe. Quant aux lésions du poumon, elles se présentent sous la forme nodulaire diffuse manifestement secondaire. Quel a été le mode de contamination de l'utérus? Les antécédents génitaux manquent. Ce qui est certain, c'est que malgré son jeune âge, l'hymen était absent et que l'autopsie a permis de considérer comme probable une grossesse antérieure.

Forme bourgeonnante. — La tuberculose utérine évolue très rarement vers ces formes bourgeonnantes, polypeuses assez fréquentes dans les tuberculoses du col et si communes dans les lésions inflammatoires de l'utérus.

Nous croyons intéressant de présenter une observation de tuberculose de la cavité intra-utérine sur-

venant après la ménopause et simulant le cancer des vieilles femmes. La localisation génitale nous semble d'autre part être primitive car les troubles génitaux se sont manifestés antérieurement aux complications pulmonaires.

OBSERVATION XVI

(M. Gouilloud in *Lyon Chirurgical*, Mai 1913)

Femme de 55 ans. Première visite le 4 novembre 1904. Plusieurs enfants dont 3 avaient été atteints de tuberculose.

La ménopause remonte à 6 ans. Auparavant la malade n'a présenté aucune fatigue gynécologique.

En juillet et août 1904, fièvre intense et inexpliquée. En septembre, la malade, qui n'avait plus de fièvre, est inondée par une perte que le mari compare à de l'eau de riz. Depuis, elle a continué à avoir des pertes blanches teintées de rose. Il y a 8 jours, sans cause connue, la malade reprend de la fièvre. Un examen médical très complet fait par le Docteur Leclerc, reste négatif. Tous les symptômes font penser à une affection utérine bien que l'utérus soit petit, nullement sensible, il présente de très fines granulations sur le col. On peut craindre une dégénérescence commençante de la muqueuse utérine.

12 décembre 1904. — Depuis la dernière visite la malade a eu de la fièvre, elle présente de la pleurésie à droite, de la submatité du sommet droit, quelques frotements à la base.

Mai. — Malade peu modifiée. Le soir un peu de fièvre, mêmes symptômes pulmonaires à l'auscultation. Elle ne fait pas l'effet d'avoir un cancer utérin. On décide néanmoins d'intervenir.

18 mai. — Opération. Adhérence de la trompe droite.

Examen. — La cavité utérine est recouverte de végétations molles qui, en s'effritant, donnent des débris blanchâtres ressemblant à des grumeaux caséeux. Trompe bosselée, légèrement verruqueuse présentant sur sa surface de petits grains non caséeux. L'examen histologique fait constater de nombreuses cellules géantes caractéristiques.

La malade quitte la clinique en juin avec toujours un peu de fièvre. On apprend sa mort dans les premiers jours d'août. On peut noter dans cette observation quelques symptômes qui permirent de soupçonner la nature tuberculeuse de l'affection. Pertes un peu spéciales, apparition de symptômes pulmonaires (absents lors du premier examen). 3 enfants morts de tuberculose.

C'est surtout avant l'apparition des symptômes pulmonaires que le diagnostic était intéressant à poser.

Tuberculose primitive du Col

L'étude comparative des différents cas montre que la muqueuse du canal cervical ne réagit pas toujours d'une façon identique vis-à-vis de l'infection tuberculeuse directe. Tantôt le processus hypertrophique est très peu développé et c'est la tendance à la dégénérescence et à l'ulcération qui prédomine,

tantôt au contraire les phénomènes de prolifération sont excessivement marqués. Dans le premier cas c'est la forme ulcéreuse, dans le deuxième la forme néoplasique, encore devons-nous distinguer ici certains cas où il y aura coexistence réelle de cancer et de tuberculose.

Forme ulcéreuse. — La forme ulcéreuse, plus localisée présente une évolution très lente. Elle constitue la modalité chronique par excellence de l'infection tuberculeuse directe de la muqueuse cervicale. Nous pouvons prendre comme type l'observation présentée par Brouha dans la Revue de Gynécologie 1902, dont voici le résumé.

OBSERVATION XVII

(Brouha)

M^{me} G..., âgée de 40 ans, entre à la clinique le 9 septembre 1901.

Hérédité suspecte au point de vue tuberculeux, un frère et une sœur morts de tuberculose, un frère mort diabétique. Le premier mari de la malade est mort de tuberculose pulmonaire à l'âge de 36 ans. Ce décès remonte à six ans.

Réglée très régulièrement jusqu'à son mariage. Cinq grossesses, la dernière, il y a 14 ans, qui évoluèrent jusqu'à terme. Le premier accouchement fut suivi d'une sub-involution utérine qui nécessita un traitement continu de plusieurs semaines. Les autres accouchements se

sont produits normalement. La malade a été en traitement il y a 7 ans pour une pelvi péritonite, pas d'intervention chirurgicale. En mai dernier elle a subi un curettage pour endométrite hémorragique (3). Les dernières règles datent de deux mois, depuis lors légères pertes leucorrhéiques. Constipation. Douleurs lombaires, hypogastriques et particulièrement dans la région de la fosse iliaque gauche. La fatigue exagère ces douleurs qui disparaissent dans le décubitus dorsal. Malaise général, bouffées de chaleur. La malade est robuste, bien charpentée, teint coloré, panicule adipeux bien développé. L'exploration des organes thoraciques ne révèle rien d'anormal. L'examen au spéculum donne les renseignements suivants : la lèvre postérieure du col dont l'orifice est une large fente transversale paraît saine. Sur la lèvre antérieure on observe une ulcération superficielle, arrondie, de $\frac{1}{2}$ centimètre environ de diamètre. Le fond de cette perte de substance que délimite un rebord tranché à pic est plus rouge que la muqueuse saine circonvoisine. La portion moyenne de la lèvre antérieure du col présente une série de très petites pertes de substance pour ainsi dire ponctuées qui donnent un aspect vermoulu au tissu.

L'hystérométrie n'apporte aucun renseignement particulier. Une biopsie pratiquée décèle le bacille de Koch. Hystérectomie. Suites opératoires très heureuses.

Examen macroscopique. — La pièce comporte l'utérus et les annexes. Le premier présente un volume normal. La surface péritonéale est presque complètement recouverte de dépôts pseudo-membraneux très adhérents. On l'incise au niveau de la paroi postérieure dans le plan médio-sagital. Au premier coup d'œil on constate la pré-

sence au niveau du col d'un œuf de Naboth qui, les choses étant en place, doit en oblitérer assez complètement l'orifice. La muqueuse du corps est hyperémiée et épaissie. Le muscle semble normal. Dans le canal cervical, au pourtour antérieur de celui-ci, à $\frac{1}{2}$ centimètre environ au-dessus de l'orifice externe du col, s'observe une perte de substance offrant, d'une façon grossière, la forme d'un entonnoir dont la base répond à la surface du canal cervical et dont le sommet s'enfonce perpendiculairement dans l'épaisseur de la paroi du col jusqu'au voisinage de la limite externe de celui-ci. La pièce fut fixée dans le liquide de Zenker. En vue de l'examen microscopique, des fragments furent prélevés : 1° à la périphérie de la perte de substance ; 2° au niveau de l'œuf de Naboth ; 3° en différents endroits de la muqueuse du corps de l'utérus ; 4° en différents points de la trompe gauche.

Examen microscopique (a). — Sur la coupe sagittale de la paroi du col au niveau de la perte de substance, on constate qu'au pourtour de cette dernière le tissu fibreux du col est remplacé par un tissu phlegmasique qui offre tous les caractères de l'infiltration inflammatoire chronique. La substance fondamentale a presque complètement disparu et l'on se trouve vis à vis de deux sortes de cellules dont le groupement donne au tissu sa physionomie spéciale. Les éléments d'une première espèce sont irrégulièrement polyédriques. Ils présentent un corps protoplasmique assez notable qui prend l'éosine de façon intensive. Ces éléments sont réunis en amas à contours arrondis ou ovalaires. L'intervalle compris entre ces véritables nodules de cellules épithélioïdes est occupé par une infinité de petites cellules inflammatoires typiques serrées les unes

contre les autres. Une faible proportion de ces leucocytes s'observe également à l'intérieur des nodules entre les cellules propres de ces derniers. Dans aucun des nodules de la zone infiltrée qui circonscrivent la perte de substance on ne constate de cellules géantes. Quelques vaisseaux traversent ce tissu inflammatoire. Leurs parois sont épaissies grâce surtout à la multiplication des éléments de l'adventice. L'infiltration phlegmasique se prolonge vers le bas, se substituant dans la presque totalité de sa lèvre antérieure au tissu du col utérin, jusqu'à l'épithélium pavimenteux qui revêt la portion vaginale. Cet épithélium présente des solutions de continuité dans l'étendue desquelles le tissu inflammatoire arrive jusqu'à la surface, donnant à la lèvre antérieure du col l'aspect que nous avons décrit plus haut. Dans la profondeur de la paroi cervicale, on trouve des foyers inflammatoires offrant la constitution anatomique des tubercules élémentaires. Ils comportent en effet une ou plusieurs cellules géantes entourées de cellules épithélioïdes entremêlées de petites cellules inflammatoires. Vers le haut la profondeur de l'infiltration diminue assez brusquement. Les couches périphériques de la paroi cervicale reprennent l'aspect ordinaire. Finalement le processus phlegmasique n'est plus représenté que par quelques tubercules élémentaires devenant de plus en plus rares à mesure qu'on s'éloigne du foyer principal.

Il en résulte que le segment supérieur du canal cervical, de même que les parois latérales n'ont pas été envahies par l'inflammation tuberculeuse. Dans la région où elle renferme des tubercules, la muqueuse cervicale ne possède plus qu'un revêtement épithélial superficiel dis-

continu sous lequel en certains points on observe un tubercule typique qui le refoule en l'amincissant vers la cavité. Les glandes sont à la fois hypertrophiées et hyperplasiées. Leur calibre est considérablement accru ; de plus, pour faire face à la prolifération épithéliale, les parois glandulaires se sont plissées, ce qui donne à la section de ces organes un aspect dentelé très élégant. Au niveau des tubercules primitifs qui refoulent la paroi glandulaire, les cellules se surbaissent et deviennent même cubiques. Dans certaines glandes le revêtement épithélial a disparu sur une étendue plus ou moins grande. Cette lacune de l'épithélium peut même se trouver en regard d'un tubercule. Enfin, en certains points, ce revêtement révèle une tendance manifeste à la dégénérescence.

(b) Les coupes d'un fragment de la portion périphérique de l'ulcère montrent une infiltration inflammatoire chronique qui ne permettrait pas à elle seule de poser le diagnostic.

(c) La muqueuse du corps révèle des altérations d'endométrite superficielle et glandulaire. Les glandes sont hyperplasiées, les cellules épithéliales moins hautes qu'à l'état normal sont mieux individualisées avec une tendance à l'arrondissement de leur extrémité libre. Le tissu interstitiel est caractérisé par sa laxité. Les éléments sont dissociés par des exsudats lymphatiques. On y voit de nombreux capillaires sanguins gorgés d'hématies, ainsi que d'énormes vaisseaux lymphatiques extrêmement dilatés.

(d) Les trompes présentent des lésions inflammatoires banales.

De cette observation, il résulte, d'après Brouha, que la

lésion la plus importante est constituée par cette perte de substance, véritable caverne formée par la fonte caséeuse du tissu tuberculeux. Il a paru logique à l'auteur d'admettre que la lésion initiale a dû intéresser la muqueuse du canal cervical. De là le processus s'est étendu excentriquement. D'autre part, la disposition des tubercules de la muqueuse, aux confins de la lésion tuberculeuse, à savoir leur application étroite soit contre l'épithélium superficiel, soit contre la paroi glandulaire, semble indiquer qu'ils procèdent de l'infection directe du tissu sous-épithélial par une cause venant du dehors.

Plusieurs faits militent d'après l'auteur en faveur du classement de ces cas dans les tuberculoses ascendantes.

1° L'intégrité du restant de l'organisme, excluant tout transport métastatique ;

2° La localisation uniquement au col utérin et l'intégrité des trompes et du corps utérin qu'auraient dû traverser le bacille en cas de tuberculose descendante ;

3° La vie en commun avec un mari atteint de tuberculose pulmonaire, nous avons déjà montré la possibilité de la présence du bacille de Koch, dans les voies génitales de ces sujets.

Forme végétante. — La forme végétante simule souvent l'épithélioma et peut être la cause de nombreuses erreurs de diagnostic. Les lésions peuvent occuper soit le museau de tanche, soit l'orifice externe du col. De forme et de volume variables elle peuvent présenter toutes les transitions depuis la simple végétation papillaire jusqu'à la grosse tumeur encombrant le vagin. Ces tuberculoses végétantes peu-

vent se subdiviser, d'après Chaton, en formes végétales fongueuses et formes végétantes néoplasiques.

Dans la première de ces variétés la néoformation conserve de grandes analogies avec les formes fongueuses de la tuberculose. Le col s'est hypertrophié, recouvert de masses friables, saignant facilement, mais il n'y a pas à proprement parler de tumeur. Dans la forme végétante néoplasique il y a production de masses bourgeonnantes distinctes du col, plus ou moins pédiculées.

OBSERVATION XVIII

*Lower (The Journal of Obstetr. and Gyn. of the British. Emp.,
Juin 1902)*

Tuberculose primitive de l'utérus simulant un cancer

Femme de 36 ans, nullipare, présentant depuis neuf mois un écoulement vaginal parfois sanguinolent et fétide. Douleurs assez peu accusées dans le bas ventre. Pas de signes de tuberculose. Le spéculum montre que l'orifice externe du canal cervical est occupé par une tumeur molle, friable, occupant principalement la lèvre antérieure. L'utérus est de volume normal et très mobile.

On porte sans hésitation le diagnostic de cancer du col et on pratique l'hystérectomie vaginale. L'examen macroscopique montre le canal cervical occupé par une tumeur papillaire qui s'étendait jusqu'à l'orifice interne. Cellules géantes sur les coupes. Pas de bacilles.

L'observation suivante rapportée par Chaton est un type à forme végétante néoplasique.

OBSERVATION XIX

Haby (Monatschrift für Geb und Gyn., 1907)

22 ans, pertes sanguines et muqueuses. Délicate, sans lésions pulmonaires. Vierge. On peut néanmoins sentir par le toucher une tumeur du volume d'une pomme, en forme de champignon. Au spéculum on voit que les végétations, molles, fongueuses, touffues, recouvertes de glaires, proviennent de la grosse portion du col.

Diagnostic de sarcome. Biopsie. Curetage. Coupe au niveau de fongosités. Au microscope enchevêtrement de papilles épithéliales et glandes sinueuses. L'épithélium est de hauteur anormale. On y voit de hautes cellules cylindriques, avec de gros noyaux et un corps protoplasmique abondant. On y découvre de loin en loin l'entrelacement de glandes sinueuses et du stroma infiltré, un tubercule plus ou moins évident avec ou sans cellules géantes. Granulations tuberculeuses dans la paroi et la musculature du col.

OBSERVATION XX

Tuberculose du col de la matrice à forme néoplasique

Kauffmann. Zeitsch. f. geburts. u. Gyn., 1897

Femme, 79 ans. Amenée à l'hôpital pour vomissements fréquents laissant supposer un cancer de l'estomac. Elle

mourut rapidement. A l'autopsie on put constater l'absence de tout néoplasme stomacal, par contre la matrice offrait les altérations suivantes :

Museau de tanche atrophie, tandis que la portion sus-vaginale du corps se trouvait notablement épaissie, ulcération tuberculeuse sur la muqueuse du col. Trompes et ovaires remplis de lésions bacillaires. L'autopsie ne révèle aucun foyer tuberculeux. Au microscope nombreux tubercules typiques. Bacilles de Koch dans les cellules géantes et les foyers caséux.

Schüt a décrit une forme catarrhale caractérisée par l'hypertrophie du col avec muqueuse hyperplasiée, rouge et saignante.

Le cas de tuberculose primitive publié par Giglio semble pouvoir se rapporter à cette forme.

OBSERVATION XXI

Giglio (Annali di Ost. e. Ginecol., Milan 1892)

Femme de 28 ans, se plaignant de leucorrhée mucopurulante, pesanteur dans le bas ventre, douleurs. Erosions et placards à la surface du col. Les lèvres du col sont hypertrophiées. Rien dans les antécédents personnels et héréditaires. Abdomen et thorax normaux. La malade toujours bien réglée a eu plusieurs enfants. Hystérectomie vaginale. Guérison. Examen de la muqueuse : hyperplasie conjonctive et infiltration de cellules em-

bryonnaires, éléments se rapprochant des cellules géantes, mais pas de vrais tubercules.

Trois mois après, poussée de tuberculose généralisée ayant déterminé la mort.

M. Cotte a décrit (Gazette des Hôpitaux, 1907) une forme de tuberculose inflammatoire du col. Ces cas, extrêmement rares, ne peuvent être interprétés, nous semble-t-il, comme des lésions primitives, l'imprégnation toxinique ayant produit les réactions, est due à une localisation ganglionnaire ou viscérale primitive.

Cancer et Tuberculose

M. le professeur Tripier admet que dans le cas de tuberculose et de cancer en coexistence au même point, les observateurs ont été induits en erreur par les phénomènes hyperplasiques que la tuberculose est capable de déterminer du côté des épithéliums avoisinants et qu'il convient de rapporter ces cas uniquement à la tuberculose.

Ribbert s'est d'ailleurs efforcé d'établir que le processus inflammatoire tuberculeux était le *primum movens* de la désorganisation des assises cellulaires et de leur prolifération atypique.

L'infection secondaire d'un cancer par le bacille de Koch est en réalité très rare.

Krause, en 1884, fit connaître que sur 70 épithéliomas, il avait trouvé 10 fois des « Riesenzellen ». M. le professeur Paviot dans sa communication au congrès de la tuberculose 1898, a fortement discuté l'opinion de Krause. Ces grandes cellules seraient en réalité formées par la coalescence des grandes cellules plates de l'épithélioma, coalescence souvent imparfaite puisqu'il est possible de retrouver dans la grande nappe protoplasmique des traits, des vestiges des contours cellulaires. Certains auteurs, Petersen en particulier, ont voulu faire de ces cellules de véritables cancérophages et, en s'appuyant sur leur présence dans certaines formes épithéliomateuses en voie de guérison, ils ont émis l'idée de « Spontanheilung des Krebses », de guérison spontanée du cancer. Il semble toutefois, d'après les recherches de Delamare et Lecène que le rôle de ces cellules soit limité à la destruction des parties mortes du cancer, ce ne seraient plus des cancérophages, mais seulement des nécrophages.

Quelques auteurs, Vallart, Nassauer, Chamayou et Tournier, Archambault, ont signalé la coexistence de tuberculose et de cancer de l'utérus. Le problème est souvent complexe. La tuberculose peut se manifester, en effet, sous des formes hypertrophiques et on aura à différencier alors ces lésions réactionnelles atypiques de l'épithélium dues à la tuberculose, des véritables lésions cancéreuses.

Il est des cas où l'on ne peut avoir le moindre doute sur la dualité du processus : lorsque la tuberculose et le cancer occupent deux portions différentes de

l'utérus. Dans le cas où il y a superposition si, ce qui arrive le plus souvent, la tuberculose est à l'origine, la réaction éphitéliale pour si intense et si atypique qu'elle soit, conserve des caractères se rapprochant de l'épithélium normal et diffère par ce fait de l'envahissement diffus d'un tissu par le cancer.

Lorsqu'il y a cancer vrai et tuberculose secondaire, les lésions bacillaires sont beaucoup plus rares et noyées dans les amas épithéliaux.

Nous n'avons pu trouver que deux cas où il y avait coexistence de cancer et de tuberculose primitive de l'utérus.

OBSERVATION XXII

Tuberculose et Cancer de l'Utérus

(Augier et Lepoutre, in Guillou)

Résumé. Etant donné les lésions, les auteurs sont portés à croire que la tuberculose est la première en date, qu'elle s'est développée primitivement au niveau de l'utérus et qu'elle est due à l'apport par voie sanguine ou lymphatique de bacilles pathogènes. Le cancer du col plus récent paraît s'être greffé secondairement et s'être substitué par une infiltration en masse de la paroi utérine, aux lésions tuberculeuses.

OBSERVATION XXIII

Nassauer. In Young. Trans. of the obst. Soc. of London in Guillou

Malade de 45 ans, opérée pour cancer du col. L'examen de la pièce montre l'affection maligne et en plus 2 nodules de la grosseur d'une cerise, s'avancant jusqu'à l'endomètre. A l'examen microscopique, ces nodules, tenus jusqu'alors pour cancéreux, apparurent comme constitués par de nombreuses glandes dilatées, dont la lumière était en partie obstruée de leucocytes, de cellules aplaties et de bacilles tuberculeux. Le corps de l'utérus, apparemment sain était aussi le siège d'une affection tuberculeuse au début. Il n'y avait pas de tuberculose évidente ailleurs.

CHAPITRE IV

Symptômes et Diagnostic

Nous n'avons pas cru pouvoir terminer notre travail sans dire quelques mots sur des symptômes importants qui éveilleront l'attention du médecin et permettront quelquefois de faire un diagnostic précoce.

Il est certain que des troubles des organes génitaux peuvent avoir une signification toute particulière lorsqu'ils se manifestent chez des individus déjà entachés de phtisie, mais dans les cas de tuberculose primitive utérine ou les anamnestiques ne renferment rien de suspect, on comprend combien il sera difficile d'en apprécier la valeur.

Il y a quelques années on attribuait aux troubles de la menstruation une importance telle qu'on les considérait comme pathognomoniques de l'affection. On note quelquefois de l'aménorrhée, mais le

plus souvent on n'observe que des variations peu importantes dans la régularité des menstrues. De même la quantité ou la qualité de la sécrétion utérine ne peut constituer un véritable signe de tuberculose utérine, mais lorsqu'à un écoulement abondant succède une élimination de grumeaux caséeux, on devra immédiatement penser à la possibilité de lésions bacillaires. La recherche du bacille viendra souvent confirmer le diagnostic.

Woolf, en Allemagne, admet que les malades atteintes de dysménorrhée primaire (se manifestant dès la première apparition des règles, par opposition à la dysménorrhée secondaire qui est presque toujours la conséquence d'une affection des organes génitaux) est très souvent le symptôme initial d'un foyer tuberculeux situé dans l'appareil génital, la constatation d'une dysménorrhée primaire chez une femme serait, d'après Woolf, d'une importance capitale dans le diagnostic de tuberculose génitale.

On voit quelquefois des jeunes filles ou des jeunes femmes atteintes de métrorrhagies qui ne sont pas explicables par la chlorose ou le lymphatisme. Le traitement médical échoue, le traitement chirurgical par simple curettage léger reste souvent inefficace et il faut en arriver à des badigeonnages à la teinture d'iode, au perchlorure de fer ou au chlorure de Zn. Chez un certain nombre de ces malades on voit survenir plus tard une tuberculose pulmonaire qui évolue et entraîne la mort. M. Vincent, en présence de ces faits, eut l'idée de faire examiner les fongosités extraites par curettage au point de vue bactériolo-

logique. Or, de ces divers examens pratiqués les uns par M. Dor, les autres par M. Paviot, il résulte que ces fongosités renferment des éléments tuberculeux caractéristiques. Donc l'anatomie pathologique confirme la clinique sur la nature tuberculeuse de la lésion provocatrice des métrorrhagies rebelles. M. Vincent rapporte quelques observations, entr'autres celle d'une jeune femme présentant les apparences de la santé la plus parfaite et qui, peu de temps après son mariage, fut atteinte de métrorrhagies incoercibles. On diagnostiqua à Paris un déciduome malin. En janvier 1900, M. Vincent fut appelé à donner ses soins. Il lui fit un curettage et retira des fongosités qui renfermaient des cellules géantes. Il lui fit ensuite des cautérisations au chlorure de zinc. En juin, les métrorrhagies étaient arrêtées. Tout semblait être rentré dans l'ordre lorsque la malade succomba à une péricardite tuberculeuse aiguë.

M. Vincent ne prétend pas poser en principe que toutes les métrorrhagies ou ménorrhagies dites essentielles sont de nature tuberculeuse, les faits qu'il cite sont même plutôt exceptionnels. La conclusion à tirer est que l'on doit se tenir averti d'un danger possible de tuberculose.

Dans un grand nombre de cas les lésions génitales peuvent rester endormies de longs mois, mais cette tuberculose peut se généraliser et c'est là ce qui fait la gravité du pronostic. Tantôt la généralisation se fait d'une manière brusque en donnant naissance à des formes granuliques (Obs. VII-XIII), tantôt on a affaire secondairement à des formes de tuberculose

chronique classique (Obs. IX, XVI, VI) ; enfin, dans un troisième ordre de faits, le bacille tuberculeux gagne de proche en proche les trompes et le péritoine, y détermine des réactions inflammatoires qui pourront servir ultérieurement de point de départ à une infection générale (Ob. XV).

OBSERVATION XXIV

(Weill)

Jeune fille, 17 ans. Sans antécédents pathologiques, entrée à l'hôpital le 6 juillet et se plaignant depuis une quinzaine de jours d'une céphalalgie intense et de maux de reins. Il survient ensuite une parésie du bras droit, qui s'étend à la jambe droite. Rien à la face. Hémianopsie du côté droit. Le 12 juillet, on notait en outre de la raideur de la nuque, parésie des deux membres inférieurs. Constipation. Ces symptômes de méningite tuberculeuse persistaient en se confirmant. Mort le 16 juillet dans la résolution avec trismus et déviation conjugagée de la tête et des yeux du côté droit. A l'autopsie, on trouve une méningite tuberculeuse localisée sur l'hémisphère gauche du cerveau. La substance blanche offrait des traces de ramollissement. Enfin, cette jeune fille, non réglée encore, avait un foyer caséux dans l'utérus comprenant toute la muqueuse du corps.

CONCLUSIONS

I. La tuberculose primitive de l'utérus existe.

II. Les faits expérimentaux ont montré : 1° la virulence du sperme d'individus atteints de tuberculose génitale ; 2° la présence de bacilles dans le sperme d'individus atteints d'une localisation extra génitale, dans la dernière période de la maladie ; 3° la possibilité de l'ascension du bacille de Koch du vagin dans l'utérus ; 4° l'importance du traumatisme dans la localisation bacillaire.

Les observations cliniques montrent : 1° la possibilité du développement de tuberculose utérine primitive à la suite du coït avec des individus atteints de tuberculose épididymaire ; 2° l'action prédisposante des troubles menstruels, des métrites, de l'avortement, de l'accouchement.

III. Au point de vue anatomo-pathologique nous distinguons la tuberculose du corps et la tuberculose du col.

Dans la tuberculose du corps utérin nous classons : la forme ulcéreuse et la forme bourgeonnante.

Dans la tuberculose du col utérin la réaction inflammatoire se manifeste sous la forme ulcéreuse, la forme végétante (végétante fongueuse et végétante néoplasique) et enfin sous la forme catarrhale de Schüt (rare).

La forme inflammatoire décrite par M. Cotte nous semble due à une imprégnation toxique ayant à son origine un foyer extra génital et ne paraît pas rentrer dans le cadre de la tuberculose primitive de l'utérus.

Dans le cas de coexistence en un même point de cancer et de tuberculose, le processus tuberculeux est le plus souvent primitif. A l'examen microscopique les grandes cellules de l'épithélioma résultant de la coalescence de plusieurs corps protoplasmiques peuvent simuler les cellules géantes tuberculeuses.

IV. La dysménorrhée primaire, et certaines métrorrhagies dites essentielles sur l'importance desquelles a insisté M. Vincent peuvent être les signes prémonitoires d'une tuberculose primitive de l'utérus.

Le diagnostic, par l'examen des fragments obtenus par excision ou grattage, trouve son indication toutes

les fois que l'exploration clinique du col ou du corps utérin aura montré l'existence de lésions dont il est macroscopiquement impossible de déterminer la nature.

Vu :

Le Président de la Thèse,

PAVIOT.

Vu :

Le Doyen,

L. HUGOUNENQ.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 8 Juillet 1914.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

P. JOUBIN.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ALTERTHUM. — *Tuberk. der Tub. d. Beckenbauch.* (Beitr. zur Geburt. u. Gyn., 1898).
- ARAN. — *Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus*, 1838.
- BEYA. — *Annales de Gynécologie*, 1900. *Tub. du col utérin.*
- BENDER. — *Revue de Gynécologie*, 1911. *Tub. du col utérin.*
- BRAYE. — Th. Paris, 1902. *Contribution à l'étude de la tuberculose utérine.*
- BRETTE. — *Lyon Médical*, mai 1914. *Fausse couche. Méningite tuberculeuse.*
- BREUS. — *Ueber acute Tub. d. Ut.* (Wien. Med. woch, 1877).
- BROOCK. — *Tub. primit. du col.* Obstetrical Society of London, 1903. *Revue de Gyn.*, 1903.
- CAYLA. — Th. Bordeaux, 1912. *Contribution à l'étude de la tuberc. du col de l'utérus.*
- CONGRÈS DE LA TUBERCULOSE.
- COTTE. — *Gazette des Hôpitaux*, 1907. *Tub. infl. du col.*
- CORNIL. — *Journal des connaissances médicales*, 1888 (juillet-août).
- CORNIL ET DOLROKLONSKY. — Congrès pour l'étude de la tuberculose, 1889.
- COUSYN. — Thèse Paris, 1903. *Contribution à l'étude de la tuberculose de l'utérus et des annexes.*
- DAURIOS. — Th. Paris, 1888. *Contribution à l'étude de la tuberculose de l'app. génital.*
- FERNET. — Société Médicale des Hôpitaux, 1884.
- DERVILLE. — *De l'infection tuberculeuse par la voie génitale chez la femme.* Th. Paris, 1887.
- FERRONI. — *Gazette degli Asped.*, 1913. *Métrorrhagies virginales dues à la tuberculose du corps utérin.*
- GIGLIO. — *Annali di Ost.* Milan, 1892.
- GOULLAUD. — *Lyon Chirurgical*, mai 1913. *Tub. ut. simul. cancer.*
- GOULLOU. — Th. Paris, 1911. *De la coexistence de la tuberculose et du cancer.*

- GOROVITZ. — Th. Paris, 1900. *De la tuberculose génitale chez la femme.*
- GUZZONI DEGLI ONCARONI. — *Revista di Ostetr.*, 1890.
- HUNERMANN. — *Ueber primäre Genital Tuberk.* Arch. f. Gyn., 1892.
- JAECK. — *Virchow's Archivs.* Bd 142.
- JONAS. — *Beitr. Zur Weich. Genitaltuberk.* (Th. Heidelberg, 1909).
- JUNG. — *Verhandl. d. Deutsch. G. f. Gyn.* 1911.
- JUNG ET BENNEKE. — *Recherches expérimentales sur les voies d'infection des organes génitaux.* Arch. f. Gyn., 1897., B. XXXVII.
- LANDOUZY ET MARTIN. — *Revue de Médecine*, 1883, p. 1014.
- LOUIS. — *Recherches sur la phthisie*, 1823.
- LEPETIT. — *Bulletin de la Société anatomique*, 1892.
- MATHEIOS. — *Med. Record.*, 1898. *Tub. of the ut.*
- MARTIN. — *Rapp. congrès de Rome*, 1902.
- MISUCARA. — *Revista ospedal.*, janvier 1914.
- NASSAUER. — *Münch. Médical Woch.*, 1898.
- NIEPOKJERZYKA. — Th. Genève, 1912. *La tuberculose utérine au point de vue de la pathogénie.*
- PATEL. — *Communicat. au congrès de la tuberculose*, 1912.
- PAVIOT. — *Communicat. au congrès de la tuberculose*, 1898.
- *Lupus et épithélioma.* *Province Médicale*, 1899, p. 424.
- PILOD. — Th. Lyon, 1909. *Granulie généralisée et puerpéralité.*
- PETIT-DUTAILLIS. — *La Gynécologie*, fév. 1913. *Tub. interst. de la portion vaginale du col.*
- POLOSSON ET VIOLET. — *Revue de Gyn.*, 1906. *Tub. du col utérin.*
- POZZI. — *Traité de Gynécologie.*
- REVUE DE LA TUBERCULOSE.
- RITTER VON HAUSHKA. — *Wiener Klinik Wochens.*, 1901.
- SIMMONDS. — *Ueber Tuberk. d. weib. Genitalapp.* Arch. f. Gyn. Bd 88.
- *Mediz. Blätter*, Hamburg, 1910. (*Ausscheidung Tuberk.*).
- THIERCELIN. — *Bulletin de la Société anatom.*, 1889.
- TRIPPIER. — *Traité d'anatomie pathologie générale*, 1904, p. 502.
- VASSMER. — Arch. f. Gyn., 1899. *Tuberk. pr. ut.*
- VERNEUIL. — *Lettre à M. le Professeur Fournier.* *Gaz. hebdom.*, 1883.
- VINCENT. — *De la métrite hémorragique comme signe prémonitoire de tub. pulmonaire.* *Lyon Médical*, février 1901.
- WEILL. — *Méningite et tub. utérine.* *Lyon Médical*, septembre 1888.
- YOUNG. — *Tub. primitive du col de l'utérus.* (*Journal of obst. and gyn. of the British Emp.* London, 1907, p. 8).
- ZIVEIFEL. — *Sur le lupus de l'utérus.* (*Zentrabl. f. Gyn.* 1890, n° 44).

